



Marjaana Seppänen
Reija Heinola
Sirpa Andersson

Hyvinvointia ja terveyttä edistävää toimintaa käytännössä

Ikäihmisten neuvontakeskuspalvelujen ja
ehkäisevien kotikäyntien toteutuminen
kunnissa

© Kirjoittajat ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

Taitto: Christine Strid

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki 2009

Valopaino Oy
Helsinki 2009

Tiivistelmä

Marjaana Seppänen, Reija Heinola, Sirpa Andersson. Hyvinvointia ja terveyttä edistävää toimintaa käytännössä. Ikäihmisten neuvontakeskuspalvelujen ja ehkäisevien kotikäyntien toteutuminen kunnissa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Avauksia 6/2009. Helsinki 2009.

Tärkeiksi ikäihmisten palvelujen kehittämistavoitteiksi on valtakunnallisesti nostettu ikääntyneiden neuvontakeskusten verkoston luominen ja ehkäisevien kotikäyntien laajentaminen. Tavoitteena on edistää ikäihmisten hyvinvointia ja terveyttä sekä painottaa ehkäisevän politiikan merkitystä.

Stakes toteutti neuvontapalveluja ja ehkäiseviä kotikäyntejä koskevan kyselyn kesällä 2008 Suomen kunnille. Tutkimuksessa kartoitettiin neuvontapalvelujen ja ehkäisevien kotikäyntien sisältöjä, toteuttamistapoja sekä kehittämissuunnitelmia.

Neuvontakeskustoimintaan sisältyi palveluohjausta ja neuvontaa sekä palveluista tiedottamista. Toiminnalla haluttiin edistää ikäihmisten terveyttä ja tukea heidän toimintakykyisyyttään. Neuvontakeskus on helposti saavutettavissa oleva matalan kynnyksen palvelu, johon on koottu tietoa palveluista.

Kunnat tiedottivat neuvontapalveluista yleisimmin paikallislehdissä, hyvin yleisesti www-sivuilla ja lisäksi erillisten esitteiden sekä vanhuspalvelujen yleisesitteiden avulla. Ennaltaehkäisevät kotikäynnit mainittiin myös tavaksi tiedottaa neuvontapalveluista.

Hakeutuminen neuvontapalveluihin tapahtui yleisimmin oma-aloitteisesti. Myös omaisilla ja tuttavilla, lääkärillä, terveydenhoitajalla tai muulla ammattilaisella oli tärkeä rooli asiakkaan ohjautumisessa palvelun piiriin. Osa kunnista käytti henkilökohtaista kutsua erityisesti silloin, kun toiminta kohdennettiin tietyn ikäisille kuntalaisille.

Ehkäisevät kotikäynnit olivat neuvontapalveluja vakiintuneempaa ja laajemmin käytössä olevaa toimintaa. Useimmiten niitä järjestettiin 80 vuotta täyttäneille, monissa kunnissa ikärajaksi oli asetettu 75 vuotta. Suurimmassa osassa niistä kunnista, joissa tehtiin ehkäiseviä kotikäyntejä, toiminta oli pysyvää.

Ehkäisevien kotikäyntien tavoitteena oli toimintakyvyn ja terveyden edistäminen. Se sisälsi palvelutarpeiden arviointia, ennakointia ja ikäihmisen omien voimavarojen tukemista, jotta kotona asuminen ja itsenäinen suoriutuminen olisi mahdollista. Käynnillä kartoitettiin myös apuvälineet ja asunnon ja asuinympäristön toimivuus. Ikäihmisille annettiin tietoa palveluista ja etuuksista sekä tarvittaessa suunniteltiin yksilöllisiä tarvetta vastaavia palveluja.

Avainsanat: ikäihmiset, hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen, neuvontapalvelut, neuvontapalvelukeskus, ehkäisevät kotikäynnit

Sisällys

Tiivistelmä

1	JOHDANTO.....	7
2	TAUSTAA.....	8
	Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen	8
	Ehkäisevät kotikäynnit.....	9
	Neuvontapalvelut.....	13
3	KYSELYN TOTEUTTAMINEN.....	17
4	EHKÄISEVIIN PALVELUIHIN LIITTYVÄT STRATEGISET LINJAUKSET KUNNISSA	19
5	NEUVONTAKESKUSPALVELUT KUNNISSA	20
	Toiminnan tavoitteet ja organisointi	20
	Toiminnan sisältö	23
	Toiminnan seuranta ja arviointi	26
	Toiminnan kehittämistarpeet ja -näkymät	27
6	EHKÄISEVÄT KOTIKÄYNNIT KUNNISSA	31
	Toiminnan tavoitteet ja organisointi	31
	Toiminnan sisältö	35
	Toiminnan seuranta ja arviointi	37
	Toiminnan kehittämistarpeet ja -näkymät	39
7	YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET	42
	Kirjallisuus.....	46

1 JOHDANTO

Ikääntyneiden neuvontakeskusten verkoston laajentaminen koko maahan ja ehkäisevien kotikäyntien laajentaminen osaksi ikäihmisten palveluvalikoimaa on nostettu konkreettisiksi ikäihmisten palvelujen kehittämistavoitteiksi Terveyden edistämisen politiikkaohjelmassa. Hallituksen syksyllä 2007 käynnistämä Terveyden edistämisen politiikkaohjelma pyrkii parantamaan väestön terveydentilaa ja kaventamaan terveyseroja painottaen terveyden edistämistä tukevia toimenpiteitä. Se toteuttaa pääministeri Vanhasen II hallituksen ohjelmaa, jossa korostetaan ikääntyneiden toimintakyvyn, omatoimisuuden ja itsenäisen suoriutumisen vahvistamista. (Hallituksen strategia-asiakirja 2007.)

Terveyden edistämisen politiikkaohjelman lisäksi myös aiemmin käynnistyneissä ohjelmissa on vahvasti mukana hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tavoitteita. Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassa korostetaan ikääntyneiden mahdollisuutta osallistua aktiivisesti yhteiskuntaan. Tätä edesauttaa mm. terveyden edistäminen ja terveyserojen pienentäminen. Ohjelmassa kannustetaan kuntia huolehtimaan siitä, että ikääntyvät saavat riittävästi tietoa terveydestä ja sen edistämisestä. Hyvinvointi 2015 -ohjelmassa painotetaan kansalaisten hyvinvoinnin edistämistä sekä ehkäisevän politiikan merkitystä.

Helmikuussa 2008 julkistettiin päivitetty ikäihmisten palveluja koskeva laatusuositus (STM 2008), joka on tarkoitettu päättäjille ja johdolle kehittämisen ja arvioinnin välineeksi ja jossa asetetaan konkreettisia tavoitteita palvelurakenteen kehittämiselle valtakunnallisten linjausten mukaisesti. Myös laatusuosituksessa nostetaan esille neuvontakeskuksiin ja ehkäiseviin kotikäynteihin liittyvät tavoitteet.

Ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen näkyy tavoitteena kuntien ikääntymispoliittisissa strategioissa. Eri puolilla maata on myös ryhdytty käytännön toimenpiteisiin: Suomeen on 2000-luvulla perustettu runsaasti erilaisia ikääntyvälle väestölle suunnattuja neuvontapalveluja. Toimintamalleja on kehitetty paikallisesti ja niitä on nimetty mm. ikäneuvolaksi, vanhusneuvolaksi, seniorineuvolaksi, kuntoutusneuvolaksi ja seniori-infoksi. Myös ehkäiseviä kotikäyntejä on toteutettu eri puolilla Suomea. Ehkäisevän toiminnan kytkeminen osaksi palvelurakennetta nousee keskeiseksi kysymykseksi uusien yhteistyö- ja toimintatapojen suunnittelussa. Samalla ajankohtaiseksi nousevat nykyisiä, yksittäisiä kuntia koskevia ratkaisuja laajemmalle väestöpohjalle rakentuvat palvelumallit vanhuspalvelujen piirissä.

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti maaliskuussa 2008 työryhmän, jonka tehtävänä on valmistella ehdotukset ikäihmisten hyvinvointia ja terveyttä edistävien palvelujen rakenteiden ja toiminnan sisällön kehittämisestä. Työryhmän tehtävänä on tehdä ehdotukset sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisen neuvontakeskuspalvelun rakenteesta ja toiminnasta sekä ehkäisevien kotikäyntien lisäämisestä sekä vakiinnuttamisesta. Lisäksi työryhmän tulee tehdä ehdotus varhaisen puuttumisen työmenetelmien käyttöönottamiseksi ja vakiinnuttamiseksi. (Asettamispäätös 020:00/2008.)

Tämä raportti liittyy työryhmän alkuvaiheen työhön. Työryhmä päätti kartoittaa hyvinvointia ja terveyttä edistävien sekä ehkäisevien palvelujen toteutumista pohjaksi jatkotyöskentelylle sekä työryhmän toimeksiannon mukaisille ehdotuksille. Kesällä 2008 toteutettiin kaikille Suomen kunnille suunnattu kysely, joka kohdentui neuvontakeskuspalvelujen sekä ehkäisevien kotikäyntien toteutumiseen. Tavoitteena oli kartoittaa näiden sisältöjä ja toteuttamistapoja sekä kehittämissuunnitelmia. Lisäksi kyselyyn liitettiin ikäpoliittisiin strategioihin ja valtakunnallisen tuen tarpeeseen liittyviä kysymyksiä. Tässä raportissa esitellään kuntakyselyn tulokset. Taustaksi on luotu lyhyt katsaus olemassa olevaan tietoon ehkäisevistä kotikäynneistä ja neuvontapalveluista.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen (promootio) ja ongelmien ehkäiseminen (preventio) ovat keskeisen osa kunnan tehtäviä. Ne on määritelty kunnan tehtäväksi esimerkiksi kuntalais- ja kansanterveyslaissa. Käynnissä olevat hyvinvointiin ja terveyteen liittyvien olosuhteiden muutokset edellyttävät entistä suurempaa panostusta hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen. Ihmisten tarpeet, lisääntynyt tieto erilaisista mahdollisuuksista ja myös demografiset seikat edellyttävät näitä panostuksia.

Terveyden edistämisestä on jo kertynyt paljon kokemusta ja tietoa. Esimerkiksi Kansanterveyslaitoksen tutkijaryhmän tekemä tutkimuskatsaus (Kiiskinen ym. 2008) osoittaa, että on olemassa runsaasti näyttöön perustuvaa tietoa erilaisista terveyden edistämistoimista, joilla voidaan vaikuttaa keskeisten kansantautiemme keskeisiin riskitekijöihin. Terveyden edistämisen keinoja ovat yksilötason terveydenedistämistoimet (esim. liikunta, ravitsemus- ja painonhallintainterventiot, alkoholin mini-interventiot ja murtumien ehkäisy D-vitamiinin ja kalsiumin avulla) sekä politiikkatason terveyden edistämisen toimet. Vaikka politiikkatason toimia arvioidaan erilaisilla kriteereillä kuin yksilötason toimintaa, on olemassa näyttöä siitä, että vero- ja hintapolitiikan sekä kauppa- ja teollisuuspolitiikan toimilla on mahdollista vaikuttaa väestön ravintokäyttäytymiseen ja ravintoaineiden saantiin. Tämä pätee myös alkoholin ja tupakkatuotteiden kulutukseen. On myös todettu, että monien terveyttä edistävien toimien avulla voidaan saavuttaa merkittäviä kustannushyötyjä.

Terveyden edistämisen keinot hyödyttävät myös ikääntyneitä väestöä. Ikääntyvien terveyden edistäminen on tärkeää kustannusten hallitsemiseksi, jotta ikääntyneen väestön palvelut voidaan turvata. Terveyden edistäminen on toimintatapa, josta on kokemuksia monista maista. Esimerkiksi liikunnan terveysvaikutusten näyttö on erittäin vahvaa. Liikunnan aloittaminen ei ole iäkkäänäkään liian myöhäistä, ja sen avulla voidaan vähentää lukuisten sairauksien riskiä sekä ehkäistä toimintakyvyn heikkenemistä. Kuitenkin näyttää siltä, että ikääntyneiden terveyden edistäminen ei ole vielä useinkaan juurtunut hyviksi käytännöiksi (ks. esim. Pitkälä & Strandberg 2003; Runciman ym. 2006).

Terveydenhuollossa primaaripreventio kohdistuu tiettyihin riskitekijöihin, jotka vaikuttavat sairauden tai onnettomuuden ilmenemiseen. Primaaripreventio tarkoittaa sellaista sairauden ehkäisyä, joka kohdistetaan terveisiin. Sekundaaripreventiolla viitataan yleensä jo sairastuneen sairauden varhaiseen toteamiseen ja hoitoon. Tertiääripreventio kohdistuu vammojen vähentämiseen esimerkiksi kuntoutuksen avulla. Näitä ennaltaehkäisyä käsitteitä ei kuitenkaan voi suoraan siirtää sosiaalihuollon piiriin, koska hyvinvoinnin edistämässä keskeistä on laajempi bio-psykologis-sosiaalinen tilannesidonnaisuus. (Godfrey 2001.)

Mary Godfrey on tarkastellut ehkäiseviä palveluja artikkelissaan (2001) hyvinvoinnin näkökulmasta. Hän korosti ikäihmisille tarkoitettujen ennaltaehkäisevien hoivapalvelujen (social care) merkitystä hyvän ikääntymisen edistämässä. Aikaisemmin tekemässään systemaattisessa katsauksessa Godfrey (1999) totesi, että ehkäisevien palvelujen käsite sosiaalipalveluissa on uusi ja selkiytymätön, eikä näyttöön perustuvaa tietoa siitä ole. On vaikea päätellä, mitä palveluja tai interventioita voidaan pitää vaikuttavina ja miten niiden vaikuttavuutta mitataan.

Godfrey (2001) liittää hyvinvoinnin edistämisen ikääntymisteorioihin ja erityisesti onnistuneen vanhenemisen malliin (vrt. Baltes & Baltes 1990). Hänen mukaansa olennainen kysymys ei ole, mitä ovat ehkäisevät palvelut, vaan *mikä tehtävä/rooli tietyillä palveluilla on ennaltaehkäisyssä eli miten ne lieventävät tai kompensoivat ikääntymisen mukanaan tuomia menetyksiä.*

Hyvinvoinnin edistämisen palvelut voidaan nähdä valikoimana ehkäiseviä palveluita, joiden tavoite on tukea/helpottaa voimavarojen kompensointia tai parasta mahdollista käyttöä:

- fyysisten tai muiden toimintojen vajavuuksien hallinta,
- tuki merkittävien muutosten (eläkkeelle jäänti, leskeksi jääminen, muuttaminen) yhteydessä,
- uusien keinojen kehittäminen menetyksien kompensoimiseksi (yksilöllisiä tai yhdessä sosiaalisen ympäristön kanssa) sekä
- tärkeiksi koettujen toimien ylläpito tai lisääminen.

Primaari ehkäisevä strategia voisi Godfreyn mukaan sisältää sosiaalisen tuen ja sosiaalisten verkostojen laajentamista. Lisäksi primaari strategia voisi sisältää ikääntyvien ihmisten mahdollisuuksien lisäämistä osallisuuteen kansalaisina.

Sekundaaripreventiostrategiat voisivat sisältää palveluja, jotka optimoivat jäljellä olevaa toimintakykyä ja pyrkivät säilyttämään tutun ympäristön, jossa ikäihminen pystyy selviytymään lisääntyvien toimintavajeiden tilanteessa. Lisäksi sekundaaripreventio voisi sisältää tukea, joka auttaa säilyttämään elämänhallinnan silloin, kun koetaan menetyksiä. Tavoitteena olisi myös tukea epävirallisten auttamissuhteiden ja verkostojen syntymistä ja säilymistä. (Godfrey 2001.)

Kolmannen tason ehkäisevät strategiat, **tertiäripreventiostrategiat** voisivat olla erilaiset kuntouttavat psykososiaaliset interventiot, esimerkiksi psykososiaalinen ryhmäkuntoutus yksinäisyydestä kärsiville.

Ehkäisevät kotikäynnit

Ehkäisevät kotikäynnit käytännössä

Ehkäisevä kotikäynti tarkoittaa sosiaali- tai terveydenhuollon työntekijän suorittamaa käyntiä ikäihmisen kotiin. Käynnin tarkoituksena on arvioida ikääntyneen hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä monipuolisesti. Arvioinnin pohjalta etsitään keinoja tilanteen parantamiseen ja tiedotetaan palveluista. (Toljamo ym. 2005.)

Tanskassa kunnilla on lakiin perustuva velvollisuus tehdä kaksi sosiaali- ja terveyspalveluiden henkilökunnan suorittamaa ehkäisevää kotikäyntiä kaikille yli 75-vuotiaille ikääntyneille. Ehkäisevien kotikäyntien tavoitteena on vähentää ikääntyneiden riskitekijöitä ja arvioida avun tarve. Tämä voi tarkoittaa kaatumisten, sosiaalisen eristäytymisen, itsemurhien, liikenneonnettomuuksien vähentämistä tai fyysisten aktiviteettien lisäämistä. Käynnin tulee perustua vapaaehtoisuuteen. Kunta voi tehdä lisäkäyntejä esimerkiksi puolison kuollessa, vakavan sairauden tai sairaalasta kotiutumisen yhteydessä. Ehkäisevän käynnin suorittavalla henkilöllä (sairaanhoitaja, sosiaalityöntekijä, toimintaterapeutti tai fysioterapeutti) tulee olla tarkkaa tietoa yleisistä niin terveyteen liittyvistä kuin sosiaalisistakin asioista. Kotikäynti suoritetaan usein strukturoidun keskustelurungon mukaan. Keskustelu kirjataan ja tilastoidaan, jotta voidaan turvata tiedonkulku seuraavaa käyntiä varten. Yleensä jatkuvuus pyritään turvaamaan siten, että sama hoitaja käy saman vanhuksen luona. (Vass ym. 2006.)

Suomessa menetelmä otettiin käyttöön vuosituhannen alussa. Eräs merkittävimmistä ehkäisevien kotikäyntien kehittämiseen ja edistämiseen liittyvä hanke oli Suomen Kuntaliiton ja sosiaali- ja terveysministeriön vuosina 2001–2003 toteuttama valtakunnallinen kehittämishanke (Häkkinen & Holma 2004). Hankkeessa oli mukana kymmenen kuntaa ja sen tuloksena syntyi materiaalia sekä kokemuksia hyvistä käytännöistä. Kotikäyntejä tekevän henkilöstön osalta hankkeessa tehtiin mielenkiintoisia huomioita. Kokeilussa havaittiin, että työntekijän ammattikoulutus ohjaa keskustelun sisältöä. Käyntien organisoinnin osalta pidettiin hyvänä, että ehkäiseviä

kotikäyntejä toteutetaan osana muuta työtä. Käyntien katsottiin olevan mieluummin osa muuta työtä kotihoito- tai kotipalvelussa kuin työn sisältö kokonaan. Kohderyhmän osalta kotikäyntien tekijöiden palautteen mukaan monet 75-vuotiaat eivät kokeneet tarvitsevansa kotikäyntejä. Monissa projektikunnissa pidettiin 80 ikävuotta parempana ikärajana.

Hankkeen jälkeen pohdittiin myös sitä, voisiko ehkäisevää työtä tehdä osittain muussa muodossa kuin kotikäynteinä, esimerkiksi kerhotoimintana, ryhmäneuvontana tai palvelukeskustoimintana. Eräänä huomioina hankkeen päätyttyä tuotiin esiin mm. pohdinta toiminnan nimestä. ”Ehkäisevä”-käsitteen tilalle ehdotettiin vaihtoehtoja, mm. arvioiva, ennakoiva, etsivä, kartoittava tai varhainen. Myös ehkäisevien kotikäyntien laatua korostettiin ja todettiin, että käynneillä tapahtuvan ohjauksen ja käytettyjen työmenetelmien tulee perustua tutkittuun tai muuten perusteltuun tietoon. Hankkeen keskeisiin päätelmiin kuuluivat mm. seuraavat havainnot:

- Lähes kaikki vanhukset, joiden luo tehtiin ehkäisevä kotikäynti, olivat käyntiin erittäin tyytyväisiä ja halusivat kotikäynnin uudelleenkin. He saivat tarpeellista tietoa kunnan palveluista ja tunsivat olonsa turvallisemmaksi tietäessään, mihin ottaa yhteyttä tarvittaessa.
- Vanhuksilla oli vain vähän palvelutarpeita. Palvelujen tarve oli tilapäistä ja vanhukset tulivat autetuksi pienin keinoin. (...)
- Kotikäynti voidaan toteuttaa kertaluontoisena, mutta on harkittava myös useampia käyntejä samalle vanhukselle. Aina ei ole syytä kohdentaa ehkäiseviä kotikäyntejä kaikille tiettyyn ikäryhmään kuuluville. Kotikäynnit voidaan kohdentaa myös sitä eniten tarvitseville – kysymykseksi nousee miten tunnistaa nämä vanhukset.
- Ehkäisevät kotikäynnit vanhuksille suunnitellaan paikallisista tarpeista käsin. (...)
- Ehkäisevien kotikäyntien toteuttaminen osana sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten omaa työtä rikastuttaa työn kuvaa. Kotikäynnin suorittajalta edellytetään vankkaa kokemusta ja soveltuvuutta vanhustyöhön sekä tietoa kunnan palveluista (...).

(Häkkinen & Holma 2004; 78)

Yllä mainitun raportin jälkeen ilmestyneessä Suomen Kuntaliiton kanssa yhteistyössä tehdyssä opinnäytetyössä kartoitettiin ehkäisevien kotikäyntien tilannetta Suomessa vuonna 2006 Suomen kaikille kunnille lähetetyn kyselyn avulla. Kyselyyn vastanneista kunnista (N = 288) noin 150 tarjosi iäkkäille suunnattuja ehkäiseviä kotikäyntejä ja 60 kuntaa suunnitteli niiden aloittamista. Selvityksen mukaan ehkäiseviä kotikäyntejä tekivät useimmiten sairaanhoitajat, kotipalvelun ohjaajat, terveydenhoitajat, kodinhoitajat ja lähihoitajat. Heidän suorittamansa kotikäynnin kesto vaihteli 1,5–2 tuntiin. Suurimmassa osassa kotikäyntejä käytettiin strukturoitua haastattelulomaketta. Asiakkaalle suoritettiin kotikäynnin yhteydessä erilaisia toimintakykytestejä. Kotikäyntien tavoitteeksi määriteltiin palvelutarpeen arviointi, kotona asumisen tukeminen ja palveluista tiedottaminen. Yleisimpiä teemoja olivat turvallisuus, kotitapaturmat, ravitseminen, tasapaino ja liikunta. (Viippola 2007.)

Yksittäisten kuntien ja yhteistoiminta-alueiden toteuttamista ehkäisevistä kotikäynneistä on ilmestynyt erilaisia raportteja ja dokumentteja, joissa on kuvattu käyntien sisältöä, toteuttamista sekä käynneillä tehtyjä havaintoja. Joissakin kokeiluissa painopiste on asetettu hyvinvoinnin edistämiseen. Esimerkiksi Kiimingissä, Kempeleessä, Oulunsalossa ja Oulussa käytettiin nimitystä hyvinvointia edistävät kotikäynnit (HEHKO). Niiden painopisteenä olivat sosiaalinen hyvinvointi, sosiaaliset verkostot ja ikäihmisten oma hyvinvointiaktiivisuus (Jokinen 2006.)

Ehkäiseviä kotikäyntejä koskevissa raporteissa pohdittiin myös kotikäyntien kohdentamista tietyille ikäryhmälle tai riskiryhmälle. Muutamissa raporteissa (Varis 2007; Jokinen 2006) tuotiin esille mm. seuraavia riskiryhmiä:

- viimeisen puolen vuoden aikana kaatuneet, jotka olivat joutuneet käymään lääkärissä kaatumisesta aiheutuneen haitan takia
- miehet, jotka käyttivät alkoholia neljä kertaa tai useammin viikossa,

- henkilöt, jotka kokivat itsensä usein väsyneiksi
- henkilöt, jolla ei ollut vapaa-ajan toimintaa kodin ulkopuolella.

Helsingin raportissa (Varis 2007) tuotiin myös esiin, että toimintakyvyn arviointi kuten esimerkiksi masennustesti eivät sovellu ensimmäisellä tapaamiskerralla tehtäviksi. Samoin fyysistä toimintakykyä mittaavan kävelytestin suorittaminen ahtaissa kotioiloissa todettiin hankalaksi. Porissa (2007) puolestaan painotettiin kotikäynnin ytimenä keskustelua, jossa yhdessä ikäihmisen kanssa arvioidaan monipuolisesti hänen tilannettaan.

Helsingin kaupunki kokeili ehkäiseviä kotikäyntejä vuonna 2006 kolmelle ikäryhmälle; 70-, 75- ja 80-vuotiaille. Kokeilun aikana ehkäiseviin kotikäynteihin suhtauduttiin myönteisesti. Neljä viidestä vanhuksesta, joille kotikäynti tehtiin, piti käyntejä hyödyllisenä. Kokeilun perusteella päädyttiin esittämään mallia, jossa käynnit tehdään kaikille kunakin vuonna 75 vuotta täyttävälle. Käynnit toteuttavat sosiaali- ja lähityöntekijät. (Varis 2007.)

Ehkäisevien kotikäyntien vaikuttavuus

Ehkäisevien kotikäyntien vaikuttavuudesta on tehty runsaasti tutkimuksia, jotka sisältävät osin ristiriitaisiakin tuloksia. Syynä lieenee ehkäisevien kotikäyntien hyvin erilaiset toteuttamistavat sekä niiden toteuttaminen erilaisissa yhteiskunnallisissa olosuhteissa.

Elkan & Kendrick (2004) tekivät synteisin neljästä meta-analyysistä (Stuck ym. 1993; Van Haastregt ym. 2000; Elkan ym. 2001; Stuck ym. 2002), jotka tarkastelivat ehkäisevän kotikäynnin vaikuttavuutta. Synteisiin sisältyvissä tutkimuksissa tarkasteltiin ehkäisevän kotikäynnin vaikutusta kuolleisuuteen, laitokseen joutumiseen tai toimintakykyyn. Tutkimukset kohdentuivat yli 60-vuotiaisiin henkilöihin ja ehkäisevän kotikäynnin toteutti joko hoitohenkilökuntaan kuuluva tai vapaaehtoinen. Ehkäisevän kotikäynnin vaikuttavuudesta sekä kustannusvaikuttavuudesta ei saatu selkeää näyttöä. Kaikki neljä meta-analyysia osoittivat yhdenmukaiseksi sen, että toimintakykyyn ehkäisevällä kotikäynnillä ei ole vaikutusta. Laitoshoitoon joutuminen saattaa siirtyä, mikäli käyntejä tehdään useampia. Myös monipuolinen asiakkaan arviointi saattaa olla tärkeä tekijä.

Tutkijoiden mukaan ehkäisevien kotikäyntien vaikuttavuuden arvioimiseksi tarvittaisiin lisää tietoa. Lisätutkimusta tarvitaan mm seuraavista kysymyksistä:

Mitkä monipuolisen intervention piirteet saivat aikaan hyödyllisiä vaikutuksia?

Onko eri ammattiryhmien tekemien kotikäyntien välillä eroa tehokkuudessa?

Mikä oli optimaalinen käyntien määrä ja kesto?

Mitkä asiakasryhmät hyötyivät eniten?

Mitkä ovat käyntien kustannukset ja hyödyt paikallisessa palvelujärjestelmässä?

Mikä on ennakoiden kotikäyntien hyödyllisyys vähävaraisen väestön kohdalla?

Myös laadulliset ja toimintatutkimukset voivat antaa hyödyllistä lisätietoa kokeellisten tutkimusten ohella. (Elkan & Kendrick 2004.)

Myöhemmin valmistuneissa analyyseissä on saatu näyttöä ehkäisevien kotikäyntien vaikuttavuudesta. Ploeg ym. (2005) toteuttaman meta-analyysin perustella havaittiin, että ehkäisevät perusterveydenhuollon interventiot vähensivät 65 vuotta täyttäneiden kuolleisuutta sekä lisäsivät kotona asumisen todennäköisyyttä. Toisessa meta-analyysissä (Huss ym. 2008) johtopäätöksenä todettiin, että ehkäisevien kotikäyntien yhteys kuolleisuuden vähenemiseen löytyi nuoremmille ikäryhmille suunnattujen kotikäyntien kohdalla. Myönteinen vaikutus toimintakykyyn havaittiin niissä ohjelmissa, joihin sisältyi myös kliininen tutkimus. Tutkijat korostivat moniulotteisen arvioinnin merkitystä.

Tanskassa on tehty runsaasti ehkäiseviin kotikäynteihin liittyvää tutkimusta. Vass ym. (2004, 2005, 2007) on tarkastellut muun muassa sitä, mikä asiakasryhmä hyötyy eniten ehkäisevistä kotikäynneistä. Naisten on todettu hyötävän käynneistä miehiä enemmän. Lisäksi havaittiin, että interventiolla on enemmän vaikutusta 80-vuotiaiden toimintakykyyn kuin 75-vuotiaiden. Edellytyksenä oli, että käyntejä tehtiin useampi ja ne toteutuivat säännöllisin väliajoin. Tanskassa on tutkittu myös ehkäiseviä kotikäyntejä suorittavan henkilöstön saaman koulutuksen vaikutusta asiakkaan toimintakykyyn, kuolleisuuteen ja laitoshoitoon joutumiseen. Henkilöstön saama koulutus perustui ajankohtaiseen gerontologiseen ja geriatriseen tietoon. Tutkimuksessa todettiin käyntejä tekevän henkilökunnan koulutuksella olevan vaikutusta erityisesti ikääntyneiden naisten toimintakykyyn. (Vass 2004; Vass 2005; Poulsen ym. 2007.)

Havainto naisten ja miesten välisestä erosta kotikäynnin vaikuttavuudessa liittyy tutkijoiden mukaan ainakin osittain siihen, että miehillä oli suurempi riski tuhoisaan (catastrophic) toimintakyvyn heikkenemiseen ja naisilla puolestaan asteittain etenevään toimintakyvyn heikkenemiseen. Ehkäiseviä kotikäyntejä toteuttavan henkilöstön koulutus vähensi asteittain etenevää toimintakyvyn heikentymistä eli vaikutus kohdistui ikääntyneisiin naisiin. Ehkäisevistä kotikäynneistä kieltäytyneillä oli puolestaan suurempi riski toimintakyvyn katastrofaaliseen heikkenemiseen kuin kotikäynnit vastaan ottaneilla. (Vass et.al. 2007.)

Ehkäisevien kotikäyntien tutkimuksissa käytettyjen interventioiden sisältö vaihtelee suuresti. Käyntien kesto ja määrä vaihtelevat myös. Näyttää siltä, että parhaat tulokset on saavutettu systemaattisilla säännöllisillä käynneillä. (Sahlen ym. 2006; Ploeg ym. 2005; Stuck ym. 2002.) Käyntiin tulisi sisältyä myös asiakkaan monipuolinen geriatrinen arviointi, koska sillä havaittiin olevan vaikutusta toimintakykyyn (Stuck ym. 2002).

Ehkäisevien kotikäyntien järjestäminen

Markle-Reid ym. (2006) painottavat kirjallisuuskatsauksensa perusteella vaikuttavien ehkäisevien kotikäyntien järjestämisessä seuraavia asioita:

- ensimmäisen arvioinnin jatkuva täydentäminen säännöllisten kotikäyntien tai puhelinkontaktien avulla
- jatkuva arviointi ja suunnitelmallinen ongelmien ratkaisu
- joustava, asiakaskeskeinen ja moniammatillinen hoidon toteutus
- toteuttajina koulutetut gerontologiset hoitajat
- kunnallisten palveluiden koordinointi
- hoidon jatkuvuus.

Näiden suositusten vaikuttavuudelle ei kuitenkaan ole täysin varmaa näyttöä, koska katsauksessa mukana olleet tutkimukset olivat erilaisia mm. kohdejoukon ja interventioiden suhteen. Tutkijat tuovat esille myös masennuksen seulonnan ja hoidon sisällyttämisen iäkkäiden terveyden edistämiseen liittyviin ohjelmiin. Tämä saattaa vähentää kuolleisuutta (itsemurhat), parantaa elämän laatua ja edistää terveyspalvelujen tarkoituksenmukaista käyttöä. Ehkäisevissä kotikäynneissä tulisi huomioida myös omaishoitajien jaksaminen. (Markle-Reid 2006.)

Tanskan Ikäfoorumi on julkaissut suositukset ehkäisevien kotikäyntien järjestämiseksi (Vass ym. 2006). Suositukset perustuvat kansainväliseen kirjallisuuteen sekä Tanskassa järjestettyjen ehkäisevien kotikäyntien laajaan vaikuttavuustutkimukseen. Suositusten mukaan ehkäisevän kotikäynnin keskeiset elementit ovat:

- luottamuksellinen kontakti
- strukturoitu haastattelu
- kattava arviointi

- konkreettiset sopimukset
- seuranta.

Suosituksen mukaan käyntiin sisältyy kaksi ulottuvuutta; i) toimenpiteet käynnin aikana ja sen jälkeen sekä ii) käynnin yhteydessä syntynyt ilmapiiri. Luottamuksellisen kontaktin luominen nähdään ensiarvoisen tärkeänä.

Haastattelun toteuttamisessa on tärkeää, että teemat on suunniteltu riittävän hyvin etukäteen ja että niiden käsittelytapa on joustava. Päähuomio keskitetään päivittäisten rutiinien tarkasteluun niin, että laaja-alainen näkemys ihmisen hyvinvoinnista ja sen sosiaalisista, terveydellisistä ja psyykkisistä ulottuvuuksista ohjaa keskustelua. Tavoitteena on havaita mahdolliset ongelmat ja riskit sekä tukea henkilön omia voimavaroja. Tarvittaessa annetaan neuvoja hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen konkreettisista mahdollisuuksista ja tarjolla olevista palveluista sekä sovitetaan mahdollisista tukitoimista. Käyntien seuranta nähdään erittäin tärkeäksi vaikuttavuuden kannalta. Seurantakäyntien tarkoituksena on ylläpitää kontaktia sekä luottamusta ja arvioida, ovatko edellisellä käynnillä sovitut muutokset toteutuneet.

Ehkäisevien kotikäyntien organisoinnissa tärkeä elementti on yhteistyö terveydenhuollon kanssa, erityisesti yleislääkärien kanssa tehtävän yhteistyön liittäminen tiiviisti käynteihin. Ehkäisevät kotikäynnit tulisi suunnata henkilöille, joiden toimintakyky on vielä suhteellisen hyvä. Myös hauraat (frail) ikäihmiset hyötyvät käynneistä, mutta he ovat jo yleensä palvelujen piirissä ja ehkäisevät toimenpiteet liittyvät heidän jo saamiinsa palveluihin. Toimintakyvyn ylläpitämisen mahdollisuus sekä toimintakyvyn heikkenemisen varhaisiin merkkeihin reagoiminen on käyntien tärkein kohdennusperuste. Suositus ei anna tarkkaa ikärajaa käyntien kohdentamisen perusteeksi, vaan joustavuutta ja 75–80-vuotiaiden ensisijaisuutta kohderyhmänä korostetaan. Tanskan omassa lainsäädännössä on käytössä 75 vuoden ikäraja, mutta seurantatutkimuksen tulokset antoivat viitteitä siitä, että 80-vuotiaat hyötyvät käynneistä enemmän. Hallinnollisen organisoinnin kannalta parhaat tulokset saavutetaan, mikäli ehkäisevät kotikäynnit toteutetaan niin, että kävijät ovat hyvin integroituneet kotihoidon yksiköihin. Käyntien tekijän ammatillinen kompetenssi sekä taidot nousevat suosituksissa keskeiseksi. Motivaatio, kypsyys, kyky empatiaan sekä yhteistyöhön muiden ammattiryhmien kanssa ovat keskeisiä edellytyksiä. (Vass ym. 2006.)

Neuvontapalvelut

Viime vuosien aikana Suomessa on syntynyt runsaasti erilaisia toimintamalleja, joissa yhteisenä tavoitteena on ikääntyneiden neuvonta terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Tutkimusraportteja neuvontatoiminnan malleista ei ole juurikaan saatavissa, mutta erilaisten projektikuvauksien ja internet-sivustojen perusteella on ollut mahdollista havaita, että ikääntyneiden neuvontatoimintaan liittyvää kehittämistyötä on runsaasti käynnissä. Stakesin vuonna 2007 tekemän erilliskyselyn mukaan 24 prosenttia kunnista järjesti neuvontapalveluja ja 11 prosenttia kunnista suunnitteli palvelun aloittamista (Stakes 2008).

Neuvonta hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä

Terveyden edistämisen ja terveysneuvonnan päämääränä on perinteisesti ollut muuttaa ihmisten elintapoja entistä terveellisemmäksi. Ikääntyneiden ohjauksen ja neuvonnan tarkoitus on terveys-elämäntyylien muuttumisen sijaan enemmänkin edistää laaja-alaista hyvinvointia, elämänlaatua ja turvallisuutta. Päämäärä on siis pelkkää sairauksien ehkäisyä tai päivittäisestä toiminnasta selviytymistä laajemminkin yhteiskunnassa tapahtuviin muutoksiin sopeutuminen. Tärkeää on

myös asiakkaan autonomian ja henkilökohtaisten elämänhallintataitojen varmistaminen. (Salmela & Matilainen 2007; 230–231; Matilainen 2008.)

Myös kuntoutus voidaan ymmärtää osaksi hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä ja ehkäiseviä palveluja. Esimerkiksi ikääntyneen henkilön lihasvoiman lisääminen (ja palauttaminen) kuntouttaa ikäihmistä ja ennalta ehkäisee kaatumisia. Ikäihmisten kuntoutumista edistää heidän oma toimintansa, johon neuvonnalla voidaan vaikuttaa.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen edellyttää samalla tavalla kuin kuntoutuminenkin ikäihmisen omaa sitoutumista ja myönteistä asennetta. Sitoutuminen liittyy siihen, kuinka tarpeelliseksi henkilö kokee esimerkiksi elämäntapa-, liikunta- tai ruokailutottumusten muutoksen verrattuna niiden aiheuttamaan vaivaan tai haitallisemmista tavoista luopumisen vaikeuteen. Sitoutuminen parantaa terveitä elämäntapoja painottavien interventtioiden tehokkuutta. Tiedon saaminen ja sen merkityksen ja yhteyksien ymmärtäminen sekä sosiaalinen tuki lisäävät sitoutumista. (Vrt. WHO 2003.)

Neuvonnalla pyritään parantamaan ikääntyneen ihmisen aktiivisuutta ja vahvistamaan voimavaroja. Neuvonnan vuorovaikutusorientaationa voi olla asiantuntijälähtöisyys, asiakaslähtöisyys tai dialogisuus. Perinteisesti neuvontaa on leimannut **asiantuntijälähtöisyys**, jossa lähtökohtana on asiantuntijan tieto ja sen siirtäminen asiakkaalle. Asiantuntijälähtöinen orientaatio perustuu oletukseen siitä, että tieto saa aikaan muutoksen ihmisen arvoissa, asenteissa tai käyttäytymisessä. **Asiakaslähtöisessä** orientaatioissa puolestaan lähdetään siitä, että ikääntyneet ihmiset ovat oman elämänsä parhaita asiantuntijoita ja asiakkaan ja ammattilaisen näkemykset ovat tasa-arvoisia. Muutos perustuu tasa-arvoiseen tiedon vaihtoon, jossa asiakas tuottaa tietoa elämäntilanteestaan ja ammattilainen tietoon ja kokemukseen perustuvia näkemyksiä. **Dialoginen orientaatio** korostaa neuvontaa oppimisprosessina, jossa tärkeää on kuulluksi tuleminen ja kuuntelemisen taito. Ammattilaisen rooli on tässä aktiivisempi kuin asiakaslähtöisessä orientaatioissa – molemmat kuuntelevat ja tulevat kuulluiksi. (Salmela & Matilainen 2007; 218–221.)

Neuvonnan toteutuminen

Suomessa kehitetyillä ikääntyneiden neuvontapalveluilla on hieman erilaisia, paikallisista tarpeista lähteviä painotuksia. Esimerkiksi Seinäjoen Ikäkeskus-toiminnassa toteutetaan laaja-alaisesti ehkäiseviä palveluita. Keskuksen toimintamuotoja ovat palveluohjaus ja -neuvonta, ehkäisevät kotikäynnit, omaishoitajien tukeminen, muistihäiriöihin liittyvä neuvonta sekä erilaiset ryhmätoiminnot. Ikäkeskuksen neuvontaan liittyvässä toiminnassa erottuu kolme eri tasoa. Neuvonnan ”kevyimmällä” tasolla on kyse i) tiedottamisesta ja informaation tarjoamisesta. Tämä keskittyy ensisijaisesti vaiheeseen, jossa palvelutarvetta ei vielä ole (ennaltaehkäisyn primaaritaso). Kun on kyse selkeästä palveluntarpeesta, tarvitaan ii) neuvontaa ja ohjauspalveluja (ennaltaehkäisyn sekundaaritaso). Osa asiakkaista tarvitsee intensiivisempää, yksilöllistä paneutumista, suunnittelmallisuutta ja seurantaa. Tällöin on kyse kolmannesta tasosta, palveluohjauksesta (ennaltaehkäisyn tertiääritaso). Hankemuotoisesti kehitetty ehkäisevien palvelujen kokonaisuus siirtyi itsenäiseksi osaksi organisaatiota Seinäjoen kaupungin vanhuspalveluihin. Ryhmätoiminta organisoitiin yhteistyössä kolmannen sektorin toimijoiden kanssa. (Palomäki 2006.)

Hieman erilainen profiili on Tampereen Ikäpisteellä, joka on kaikille avoin matalan kynnyksen neuvontapalvelu. Neuvonta kattaa sekä yksityiset että julkiset palvelut. Ikäpisteestä saa henkilökohtaista neuvontaa sekä erilaisille kohderyhmille suunnattua tiedotusta mm. omien julkaisujen, vierailuluentojen, teemapäivien sekä internet-sivujen avulla. Ikäpisteessä on kehitetty erityisesti kevyemmän neuvonnan (vrt. primaari- ja sekundaaritason ennaltaehkäisy) palveluja ja havaittu neuvonnan tärkeiksi laatutekijöiksi i) sisällöllinen osaaminen, ii) viestinnän selkeys ja

ymmärrettävyys, iii) vuorovaikutus asiakkaan kanssa sekä iv) verkostoituminen yhteistyökumppaneiden kanssa. (Willberg 2008.)

Kolmas esimerkki kehitetystä neuvontatoimintamallista on Kuntoutuksen edistämisyhdistys ry:n kehittämä kuntoutusneuvola-malli. Kyse on ehkäisevän kuntoutuksen moniammatillisesta toimintamallista. Ehkäisevää kuntoutusta voidaan tarjota toimintakyvyn ylläpitämiseksi tai edistämiseksi ja interventiona toimintakyvyn alenemisen varhaisessa vaiheessa. Kuntoutusneuvolan palvelut voidaan jakaa ydinpalveluihin ja vahvistaviin palveluihin. **Ydinpalveluiksi** kutsutaan erilaisia yksilö-, ryhmä- ja informaatiopalveluita, jotka kohdistuvat suoraan asiakkaaseen. Tällaisia ovat i) perusarvio, ohjaus ja neuvonta, ii) toimintakyvyn arviointi, iii) toimintakykyä edistävä toiminta (ryhmäkuntoutus) sekä iv) muut palvelut. **Vahvistavat palvelut** tukevat ydintoimintaa. Niiden avulla voidaan tarjota monipuolinen toimintakokonaisuus asiakkaan toimintakyvyn ylläpitämiseksi ja edistämiseksi sekä ammattihenkilöiden osaamisen tueksi. Vahvistavia palveluja ovat teemapäivät, tilaisuudet, asiakkaiden tietopalvelu, koulutuspalvelu ja asiantuntijapalvelu. (Iäkkäiden kuntoutusneuvola 2008.)

Neuvonnan vaikuttavuus

Suomalaisten keskeisten kansanterveysongelmien riskitekijöihin voidaan vaikuttaa erilaisin toimenpitein, joista neuvonta on yksi keskeinen. Neuvonnan vaikuttavuudesta sekä kustannusvaikuttavuudesta on olemassa runsaasti kansainvälistä tutkimusta, jota on mahdollista hyödyntää myös Suomessa. Tärkeää on kuitenkin, että mallien toteutumista ja vaikuttavuutta tarkastellaan suhteessa suomalaiseen toimintaympäristöön. (Kiiskinen ym. 2008.)

Ravitsemusneuvonnan osalta on todettu, että sen avulla voidaan vähentää mm. tyydytynneen rasvan saantia ja lisätä hedelmien ja vihannesten käyttöä. Terveyskeskuksessa lääkärin sekä ravitsemusterapeutin antamaa neuvontaa on tutkittu vaikuttavuusnäkökulmasta ja näyttö vaikuttaa lupaavalta (Kiiskinen ym. 2008; 98; Brunner ym. 2005; Pigone ym. 2003; Ammerman ym. 2002).

Terveyden kannalta riittävän liikunnan avulla voidaan suojautua sydän- ja verisuonitautien sekä tyypin 2 diabeteksen riskiltä. Lisäksi liikunta vaikuttaa verenpaineeseen alentavasti ja ehkäisee aivoverisuonisairauksia. **Liikuntaneuvonnan** kannalta tärkeä havainto on, että henkilökohtainen liikuntaohje lisää liikkumista. Myös lääkärin vastaanoton yhteydessä annettu lyhytneuvonta lisää fyysistä aktiivisuutta. Suullisen neuvonnan lisäksi annettu kirjallinen materiaali parantaa vaikuttavuutta. Ikääntyneiden neuvonta kannattaa; vanhimpiin ikäryhmiin kohdistetut interventiot on todettu tehokkaimmaksi. Ikääntyneet omaksuvat parhaiten liikunnan, jossa ei tarvita erityisiä välineitä tai varusteita. Myös sosiaalisella tuella on merkitystä liikunnan lisäämisessä; sosiaaliseen tukeen perustuvat interventiot on havaittu vaikuttaviksi. (Kiiskinen ym. 2008; 46–49.; 94–97; Morgan ym. 2005; Kahn ym. 2002.)

Ravitsemusneuvonta ja liikunnan lisääminen yhdessä ovat tehokas keino **painonhallintaan**. (Kiiskinen ym. 2008; 56). **Tupakoinnin** lopettamisessa on todettu, että yksilöllinen neuvonta ja kehoitus on vaikuttavaa. Seuranta ja nikotiininkorvaushoito lisäävät myönteisiä tuloksia. Myös ryhmäneuvonta lisää lopettamisen todennäköisyyttä. **Alkoholin** käyttöä on puolestaan pystytty tehokkaasti vähentämään terveydenhuollon mini-interventioilla. (mt. 105–107.)

Kaatumisriskejä voidaan vähentää ensisijaisesti laaja-alaisilla, riskejä vähentävillä toimilla, joissa arvioidaan näköön ja havaintokykyyn liittyviä tekijöitä, lihasvoiman, koordinaation sekä tasapainon ongelmia ja lääkityksen aiheuttamia riskejä. Tärkeää on myös arvioida kotona olevia vaaratekijöitä sekä muutostöiden tarvetta (Kiiskinen ym. 2008; 69).

Palveluohjaus voidaan laajimmillaan käsittää neuvonnaksi, jossa on asiakkaan tarpeen mukaan eri tasoja (Hänninen 2008). Palveluohjauksella on voitu vaikuttaa myönteisesti asiakkaan

fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin (Hänninen 2007). Käsitteenä palveluohjauksella on ollut monenlaisia sisältöjä. Palveluohjausta käytäntönä on kehitetty valtakunnallisessa projektissa ja siitä on tehty useita hyvien käytäntöjen kuvauksia (<http://www.hyvakaytanto.fi>), joihin sisältyy myös vanhusten palveluohjausta kuvaava Jyväskylässä kehitetty hyvä käytäntö. Vanhustyön palveluohjausta on tarkasteltu Suomessa tutkimuksellisesti varsin vähän. Eri kunnissa on kuitenkin perustettu lukuisia palveluohjaajan tehtäviä hieman erilaisin toimenkuvin. Näyttää siltä, että palveluohjauksen tarve kasvaa sitä mukaa kuin palvelurakenne muuttuu yhä hajanaisemmaksi.

Neuvontatoimintaan usein liittyvät **ryhmäinterventiot** on havaittu tehokkaiksi sosiaalisen eristyneisyyden ja yksinäisyyden lievittämisessä. Näiden kohdentaminen riskiryhmille on vaikuttavuuden kannalta olennaista (Gattan ym. 2005). Ryhmäintervention sisällöt voivat olla erilaisia, osallistumisen ja hyvinvoinnin välinen yhteys selittyy joidenkin havaintojen mukaan ensisijaisesti sosiaalisten suhteiden laadulla, ei tekemisellä sinänsä (Litwin & Shiovitz-Ezra 2006). Suomessa on viime vuosina kehitetty ja tutkittu psykososiaalista ryhmäkuntoutusta, jonka avulla on mahdollista aktivoida sosiaalisesti ja voimaannuttaa ikääntyneitä ihmisiä. Ryhmäkuntoutuksen vaikuttavuutta koskevan tutkimuksen mukaan hyvinvoinnin kohentumisen lisäksi ryhmäkuntoutus vähensi merkittävästi siihen osallistuneiden sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöä. Toiminnan kautta voi myös syntyä kuntoutuksen loputtuakin toimivia sosiaalisen tuen rakenteita, jotka edistävät hyvinvointia. (Savikko 2008; Pitkälä ym. 2005.) Myös esimerkiksi tyypin 2 diabeteksen ehkäisyyn on kehitelty elintapaohjauksen mallia, joka perustuu ryhmämuotoiseen ohjaukseen (Absetz ym. 2007).

Taiteen ja kulttuurin merkitys hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä on noussut viime vuosina keskustelun kohteeksi. Vaikka hyvinvointivaikutuksista on tutkimuksellista näyttöä, taiteen ja kulttuurin hyödyntämisessä ollaan vasta kokeiluasteella. Yksittäisiä esimerkkejä ja hyviä malleja on kehitetty, mutta kulttuuritoiminnan kytkeminen ennalta ehkäisevän tai kuntouttavan työn tavoitteelliseksi toiminnaksi on vielä tulevaisuuden haasteena. (Liikanen 2003 ja 2008; Lundahl ym. 2007) On mm. todettu, että osallistuminen taiteen tekemiseen lisää hyvinvointia sekä onnellisuuden tunnetta ja koettua terveyttä (vrt. Matrasso 1999). Kulttuuri- ja taidetoimintaan osallistumisen on todettu myös vahvistavan autonomian ja oman elämän hallinnan tunnetta (Kilroy ym. 2007). Myös Suomessa on havaittu, että aktiivisesti yhdistyksiin, vapaaehtoistyöhön, harrastuksiin, kulttuuritoimintaan ja erilaisiin kansalaisaktiviteetteihin osallistuvat ihmiset elävät pidempään (Hyypä & al.2005).

3 KYSELYN TOTEUTTAMINEN

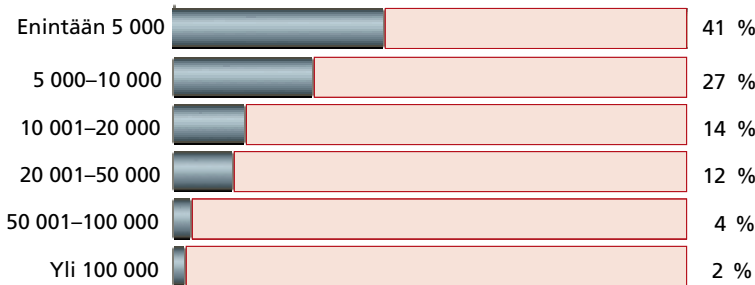
Stakes toteutti kesällä 2008 neuvontapalveluja ja ehkäiseviä kotikäyntejä koskevan kyselyn kunnille. Kyselylomake laadittiin yhteistyössä sosiaali- ja terveysministeriön asettaman Ikäneuvo-työryhmän kanssa. Kyselyyn sisältyi kysymyksiä ikääntymispoliittisesta strategiasta sekä ehkäisevien kotikäyntien ja neuvontakeskuspalvelujen tavoitteista ja organisoinnista, sisällöstä, seurannasta ja arvioinnista sekä valtakunnallisen tuen tarpeesta. Lisäksi tiedusteltiin PARAS-hankkeen myötä tulevista muutoksista ja niiden vaikutuksesta hyvinvointia ja terveyttä edistävän toiminnan organisointiin. Ehkäisevien kotikäyntien osalta hyödynnettiin soveltuvin osin Kuntaliiton toimeksiannosta tehdyn kyselyn kysymyksiä (Vilppola 2007; Holma & Vilppola 2007). Kysely sisälsi pääosin kysymyksiä, joissa oli valmiit vastausvaihtoehdot sekä mahdollisuus vastauksen täsmentämiseen. Lisäksi kyselyssä oli avoimia kysymyksiä, joihin oli mahdollista vastata vapaa-muotoisesti ja joissa vastauksen pituutta ei ollut rajoitettu. Raportissa tekstin joukkoon sijoitetut kursiivilla kirjoitetut katkelmat ovat suoria lainauksia vastauksista.

Kyselyluonnosta pilotoitiin viidessä kunnassa ennen sen lähettämistä. Lomakkeeseen saatiin pilotoinnin tuloksena vielä hyödyllisiä täsmennyksiä, pääosin ne olivat kuitenkin lähinnä sanamuotoihin sekä kysymysten vastausvaihtoehtoihin liittyviä ehdotuksia. Kokonaisuutena lomake koettiin melko pitkäksi, mutta selkeäksi ja suhteellisen vaivattomaksi täyttää.

Kysely toteutettiin sähköisenä Webropol-kyselynä, joka lähetettiin sähköpostitse kuntien vanhuspalveluista vastaaville henkilöille kesäkuussa 2008. Heinäkuun alussa 2008 lähetettiin vielä muistutus niille kunnille, jotka eivät olleet vastanneet. Vastausaikaa annettiin elokuun 2008 loppuun asti. Kysely käännettiin ruotsiksi, ja lähetettiin elokuussa 2008 ruotsinkielisille kunnille Manner-Suomessa sekä Ahvenanmaalla.

Kyselyn yhteydessä vastaajille annettiin kolmen henkilön yhteystiedot mahdollisia kysymyksiä ja tarkennuksia varten. Noin parikymmentä yhteydenottoa tulikin, pääosin kysymykset koskivat vastaamisen aikataulua. Lomakauden takia kaikki vastuuhenkilöt eivät olleet paikalla ja joidenkin kuntien kanssa sovittiin, että vastaaminen on mahdollista vastausajan päättymisen jälkeen. Useat kunnat totesivat, että kuntayhteistyön organisointitavan vuoksi vastaaminen kuntatasolla on hankalaa. Myös erään vuoden 2009 alusta suurempaan yhdistyvän kunnan edustaja koki tilanteen niin epävarmaksi, ettei vastaaminen tuntunut mielekkäältä. Kahden erillisen aihepiirin sisällyttäminen samaan lomakkeeseen toi joitakin käytännön hankaluuksia. Sähköinen lomake ei mahdollistanut välitallennusta ja lomakkeen siirtämistä toisen henkilön vastattavaksi osittain. Joissakin kunnissa eri henkilöt vastasivat ehkäisevistä käynneistä ja neuvontakeskuspalveluista ja vastaamisen organisoiminen tuotti vaikeuksia. Saadun palautteen mukaan osa vastaajista koki lomakkeen täyttämisen liian työlääksi. Lopulta vastauksia saatiin pari sataa (kuvio 1).

Kysymykseen vastanneet: 198



KUVIO 1. Kyselyyn vastanneet kunnat asukasluvun mukaan

Vaikka kyselyyn vastattiin kuntakohtaisesti, joidenkin kuntien vastaukset koskivat useampaa kuntaa. Näin vastanneiden kuntien kokonaismääräksi tuli 201. Kato jäi siis suhteellisen korkeaksi. Sitä, olivatko neuvontapalveluja ja ehkäiseviä kotikäyntejä tarjonneet kunnat vastanneet aktiivisemmin kuin ne, joilla näitä palveluja ei ole, on mahdollista tarkastella vertaamalla osuuksia vuonna 2007 kerätyn Stakesin erilliskyselyn (Stakes 2008) vastaaviin osuuksiin (taulukko 1).

TAULUKKO 1. Ehkäiseviä kotikäyntejä ja neuvontakeskuspalveluja järjestävien kuntien osuus kyselyyn vastanneista kunnista tässä kyselyssä sekä Stakesin erilliskyselyssä

	Tähän kyselyyn vastanneet kunnat (n = 198) %	Stakesin erilliskyselyyn vastanneet kunnat (n = 353) %
Järjesti ehkäiseviä kotikäyntejä	64	54
Suunnitteli ehkäiseviä kotikäyntejä	15	19
Järjesti neuvontakeskuspalveluja	27	24
Suunnitteli neuvontakeskuspalveluja	21	11

Näyttää siltä, että kyselyyn ovat vastanneet hieman aktiivisemmin ne kunnat, joissa neuvontakeskuspalveluja ja ehkäiseviä kotikäyntejä järjestetään.

4 EHKÄISEVIIN PALVELUIHIN LIITTYVÄT STRATEGISET LINJAUKSET KUNNISSA

Kyselyn ensimmäiset kysymykset liittyivät ikääntymispoliittiseen strategiaan. Suurimmassa osassa kunnista on tehty ikääntymispoliittinen strategia. Vain 15 prosenttia kunnista ilmoitti, ettei sellaista ole. Muutama vastaaja ei tiennyt, onko kunnassa sellaista. Strategiat olivat melko tuoreita. Joissakin kunnissa strategia oli tehty jo ennen vuosituhannen vaihdetta, mutta suurin osa oli tehty vuosina 2003 – 2008. Useissa kunnissa oli myös aivan äskettäin valmistunut, vuonna 2008 laadittu strategia. Useimpiin strategioihin sisältyi linjauksia tässä raportissa tarkasteltavista toiminnoista; ikääntyneiden neuvontapalveluista sekä ehkäisevistä kotikäynneistä (taulukko 2).

TAULUKKO 2. Sisältykö strategiaan linjauksia ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi ja niitä tukeviksi toimintamuodoiksi?

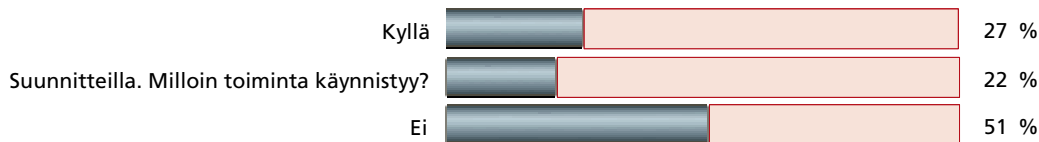
Kysymykseen vastanneet 165	Kyllä %	Ei %	En osaa sanoa	Yhteensä %
Ikääntyneiden neuvontapalveluista?	54	41	5	100
Ehkäisevistä kotikäynneistä?	76	20	4	100

Linjaukset ehkäisevistä kotikäynneistä olivat selvästi yleisempiä, sillä 76 prosenttia niistä kunnista, joilla strategia oli, oli sisällyttänyt siihen linjauksia ehkäisevistä käynneistä. Neuvontapalveluihin liittyviä linjauksia oli sisällytetty yli puoleen tehdyistä strategioista.

5 NEUVONTAKESKUSPALVELUT KUNNISSA

Yli joka neljännessä vastanneista kunnista oli tarjolla ikääntyneille suunnattuja neuvontapalveluja (kuvio 2). Suurimmassa osassa (81 %) niistä kunnista, joissa neuvontatoimintaa oli, kyse oli pysyvästä toiminnasta. Osassa kuntia neuvontatoiminnan käynnistämistä suunniteltiin ja reilu puolet kunnista ilmoitti, ettei toimintaa ole. Ne, joilla palvelu oli suunnitteilla, kertoivat sen käynnistyvän tänä tai ensi vuonna.

Kysymykseen vastanneet: 194



KUVIO 2. Onko kuntasi alueen asukkaille tarjolla ikääntyneille suunnattua neuvontakeskuspalvelua?

Neuvontakeskuspalveluista käytettiin monia eri nimiä. Yleisimmin kyseessä olivat *seniori*-alkuiset nimitykset. Useimmiten puhuttiin seniorineuvolasta, mutta käytössä olivat myös seniorikeskus, senioriparkki, senioripysäkki ja seniori-info. Lisäksi suhteellisen yleisesti käytössä oli nimitys *vanhusneuvola*. Erilaisia *ikä*-alkuisia nimiä esiintyi; yleisin niistä oli ikäihmisten neuvola tai info. Muita nimityksiä olivat mm. ikäpiste, ikäasema, ikäkeskus ja ikävinkki. Joissakin tapauksissa neuvontakeskuspalvelulla ei ollut varsinaista nimeä, vaan vastaajat kertoivat, että kyse on palveluohjaajan, avohoidon ohjaajan tai vastaavasta toiminnasta.

Toiminnan tavoitteet ja organisointi

Vastaajilta tiedusteltiin neuvontakeskustoiminnan tavoitteita pyytämällä heitä nimeämään kolme tärkeintä tavoitetta. Vastauksissa tuli esille hyvin monenlaisia asioita. Useimmin mainittiin ohjaukseen/palveluohjaukseen ja neuvontaan sekä tiedottamiseen liittyvä tavoite.

Neuvontapalvelun ja palveluohjauksen toteuttaminen ikääntyneille

Tietoa palveluista, etuuksista ja terveyteen liittyvistä asioista

Informaatio oikealla hetkellä

Monissa vastauksissa korostettiin tiedottamista myös muista kuin kunnan palveluista. Toinen useimmin mainituista tavoitteista oli terveyden edistäminen tai toimintakyvyn huononemisen ennaltaehkäisy.

Tukea ja edistää seniorien toimintakykyä, hyvinvointia ja turvallisuutta

75-vuotta täyttäneiden palvelujen piiriin kuulumattomien kuntalaisten terveystarkastukset ennaltaehkäisevänä toimintana

Itsenäisyyden ja omatoimisuuden säilyttäminen

Vastuuttaminen

Aktivointi

Lisäksi mainittiin hyvin yleisesti toiminnan tavoitteena olevan kotona asumisen tukeminen sekä toimintakyvyn tukeminen.

Kotona selviytymisen tukeminen ja varhainen puuttuminen toimintakyvyn heikkenemiseen

Tukea ikäihmisten (yli 65-v) elämän arkea kotona

Keskeinen tavoite oli myös saada aikaan matalan kynnyksen palvelu, joka olisi helposti saavutettavissa ja jossa palvelut ja tieto olisi koottu yhteen.

Matala kynnys tulla

Yhden luukun periaate

Jonkin verran, vaikkakin vähemmin, mainittiin asiakkaan tilanteen kokonaisvaltaisesta arvioinnista, varhaisesta puuttumisesta ja tuesta sekä sosiaalisen kanssakäymisen mahdollistamisesta. Myös terveystarkastukset, terveyden seuranta ja pienimuotoinen muistineuvontatyö nostettiin tavoitteiksi. Joskus ne olivat ainoa toimintamuoto neuvontatoiminnassa. Vastauksissa kerrottiin myös sellaisista toimintaperiaatteisiin liittyvistä asioista, joita pidettiin tärkeänä. Näitä olivat asiantuntijuus, yhteistyö ja asiakaslähtöisyys.

Kysyttäessä neuvontatoiminnan organisoinnin tapaa ja erityisesti vastuualuetta, ilmeni, että vastuualuetta voidaan kuvata hyvin erilaisin käsittein. Suurin osa maininnoista koski organisoitumista osaksi vanhuspalveluja. Seuraavaksi suurin määrä maininnoista liittyi organisoitumiseen osana kotihoitoa. Sitten mainittiin organisoituminen osana sosiaalitoimea tai terveystoimea, molempia suunnilleen yhtä paljon. Suunnilleen yhtä monta mainintaa kuvasi organisoitumista yhdistetyn sosiaali- ja terveystoimen alaisuuteen. Organisoitumisen kuvausta oli mahdollisuus tämentää erillisessä vastauskohdassa. Tässä yhteydessä kuvattiin lähinnä, miten neuvontatoiminta käytännössä toimii (paikka, ajankohta, kuka työskentelee siellä).

Reilu puolet (57 %) vastaajista ilmoitti neuvontapalvelun olevan osa laajempaa kokonaisuutta. Useimmiten neuvontatoiminta liittyi päiväkeskustoimintaan tai palvelukeskustoimintaan. Lisäksi monissa vastauksissa sen todettiin olevan osa kotihoitoa. Vastuuhenkilön tehtävänimikettä ja asemaa organisaatiossa kysyttäessä esille tuli niin ikään monia erilaisia vastauksia. Usein mainittiin vastuuhenkilöksi vanhuspalvelujen johtaja, mutta selvästi kaikkien yleisin vastuuhenkilö oli (kotihoitoon) terveydenhoitaja tai sairaanhoitaja. Lisäksi monissa vastauksissa vastuuhenkilöinä mainittiin palveluohjaaja tai palveluneuvoja, muutamissa myös sosiaaliohjaaja ja sosiaalityöntekijä. Painopiste oli selvästi terveydenhuollon koulutuksen saaneissa henkilöissä.

Neuvontatoimintaa toteuttivat pääosin yksittäiset kunnat, vain muutamassa tapauksessa kyse oli kuntayhtymän toiminnasta. Tähän saattaa vaikuttaa se, että kyselyssä vastausyksikkönä oli kunta ja joissakin kuntayhtymiin kuuluvissa kunnissa kyselyyn ei ole vastattu tämän takia.

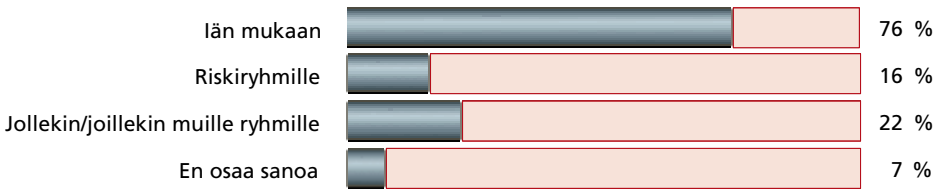
Suuri osa neuvontakeskuspalvelua tuottavista kunnista ilmoitti rahoittavansa toimintaa yhteistyössä toisen kunnan kanssa. Lisäksi viitattiin joko nykyisiin tai tulossa oleviin yhteistyö-rakenteisiin, joissa useampi kunta yhdessä rahoittaa palvelua. Jonkin verran rahoittajatahoina mainittiin kuntayhtymiä ja myös muutama yritys ja järjestö mainittiin yhteisrahoittajina. Lisäksi tuli mainintoja hankerahoituksesta sekä oppilaitosten kautta tulevasta rahoituksesta. Neuvontakeskustoiminnalla ei välttämättä ole omaa, erillistä budjettiaan, sillä suuri osa vastaajista ei tiennyt toiminnan vuosibudjettia. Niissä tapauksissa, joissa vuosibudjetti oli tiedossa, se vaihteli 10 000 euron ja 206 000 euron välillä.

Kyselyn perusteella näyttää siltä, että neuvontakeskustoiminnassa on verkostoiduttu hyvin monien eri tahojen kanssa. Yhteistyötahoja mainittiin paljon, yleisimmin mainittiin kunnan eri sektorit. Sosiaali- ja terveystalouden lisäksi kyseessä oli useimmiten liikuntatoimi, kult-

tuuritoimi sekä tekninen toimi. Lisäksi yhteistyössä ovat mukana KELA, järjestöt, yritykset ja seurakunnat.

Neuvontakeskustoiminnan yleisin kohdennusperuste oli ikä (kuvio 3). Jonkin verran toimintaa oli myös suunnattu erilaisille riskiryhmille.

Kysymykseen vastanneet: 82

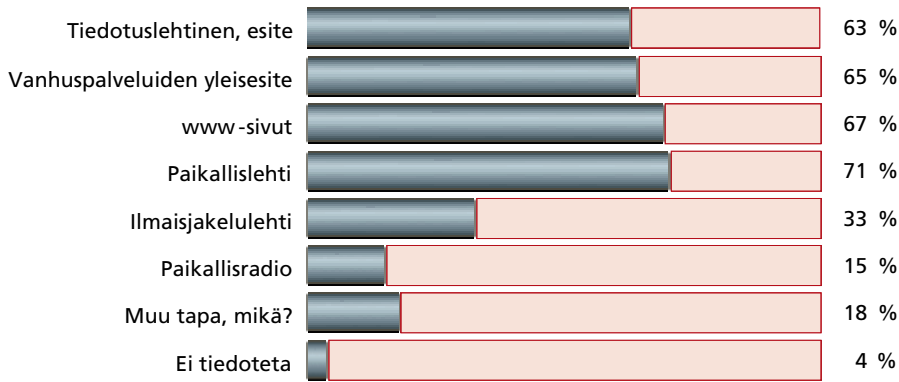


KUVIO 3. Miten neuvontakeskustoiminta on kohdennettu?

Kaikkein yleisin ikäraja oli 65 vuotta, mutta joissakin kunnissa ikäraja oli asetettu 70 tai 75 vuoteen. Moni vastaaja myös totesi, ettei tarkkaa rajausta ole, vaan toiminta on kohdennettu kaikille ikääntyville kuntalaisille. Muutamissa kunnissa kohderyhmä on tietyn vuosimäärän täyttävät, esimerkiksi kunakin vuonna 75 vuotta täyttävät. Ne kunnat, joissa kohdennusperusteena oli kuuluminen johonkin riskiryhmään, nimesivät kohderyhmäksi muistihäiriöiset tai muistisairaat (yleisin peruste), omaishoitajat, lesket, dementiaa tai diabeteksestä kärsivät, kaatumisriskissä olevat sekä turvapuhelinasiakkaat.

Kunnat tiedottavat aktiivisesti neuvontapalveluista (kuvio 4). Yleisimmin käytetty tapa oli paikallislehdessä tiedottaminen. Www-sivut olivat käytössä myös hyvin yleisesti ja lisäksi erillisen esitteen sekä vanhuspalvelujen yleisesitteen kautta levitettiin tietoa palvelusta.

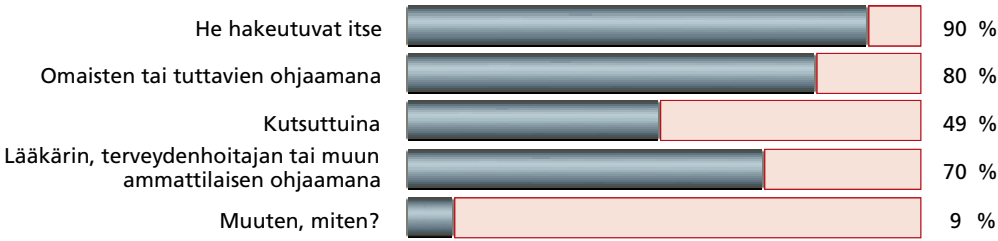
Kysymykseen vastanneet: 79



KUVIO 4. Mistä kuntalaiset saavat tietoa neuvontakeskuspalveluista?

Useimmiten asiakkaat hakeutuvat itse neuvontapalveluun saatuaan tietoa asiasta. Oma-aloitteinen hakeutuminen mainittiin yleisimmäksi tavaksi tulla neuvontakeskuspalveluun (kuvio 5). Myös omaisilla ja tuttavilla oli tärkeä rooli ohjautumisessa palvelun piiriin. Lähes yhtä yleisesti lääkäri, terveydenhoitaja tai muu ammattilainen ohjasi asiakkaan palvelun piiriin.

Kysymykseen vastanneet: 79



KUVIO 5. Miten asiakkaat ohjautuvat/tulevat neuvontakeskuspalveluun?

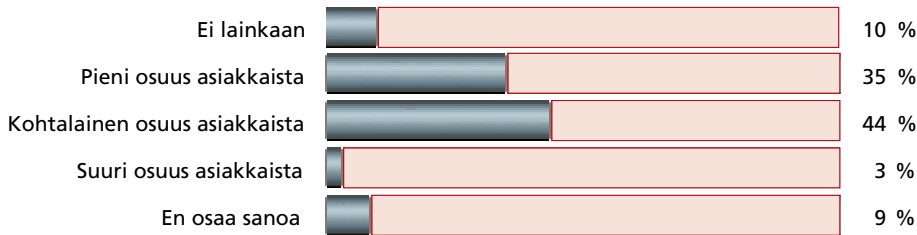
Osa kunnista käytti henkilökohtaista kutsua, yleensä kirjeen muodossa. Tätä käytettiin erityisesti silloin, kun toiminta kohdennettiin tietyn ikävuoden täyttävälle kuntalaisille.

Kunnan asukasrekisteristä poimitaan kuluvana vuonna 75 vuotta täyttävät jotka eivät käytä kunnan palveluja

Myös ennaltaehkäisevät kotikäynnit mainittiin tavaksi tiedottaa neuvontapalveluista.

Omaiset ovat tärkeä asiakasryhmä palvelussa (kuvio 6), vastaajien mukaan ”kohtalainen osuus asiakkaista” muodostuu omaisista. Jotkut vastaajat olivat sitä mieltä, ettei omaisia ole asiakkaana lainkaan.

Kysymykseen vastanneet: 71



KUVIO 6. Missä määrin asiakkaina on neuvontaa tai palvelua tarvitsevien ikääntyneiden omaisia ja läheisiä?

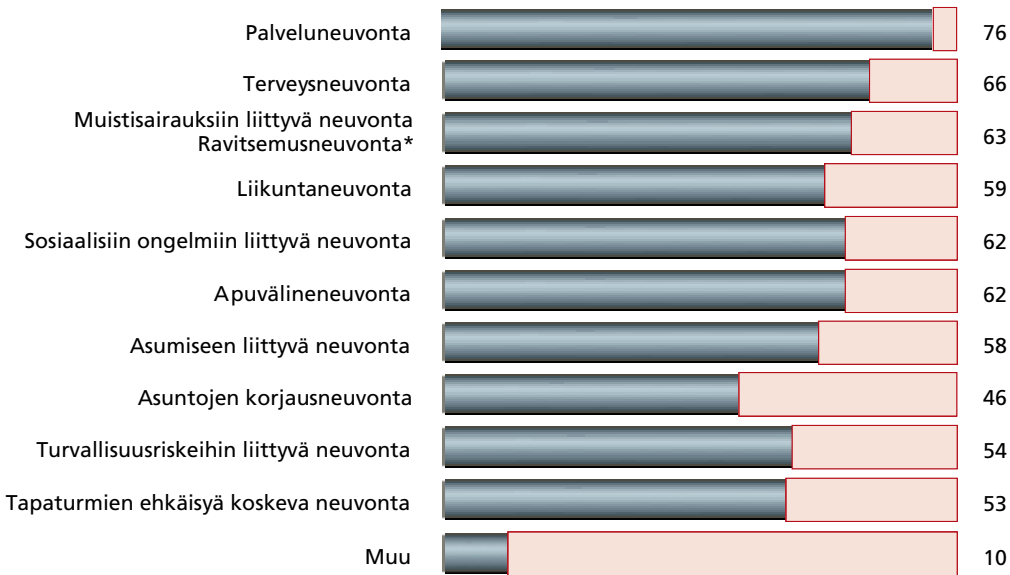
Toiminnan sisältö

Neuvontakeskuksen toiminnan sisältöä pyrittiin kartoittamaan valmiiden vastausvaihtoehtojen avulla. Vastausvaihtoehdot oli ryhmitelty siten, että neuvonta, palveluohjaus, arvioinnit ja muu toiminta muodostivat pääotsikot, joiden alla oli tarkennettuna niihin liittyviä toimintoja. Neuvontaan liittyvistä toiminnoista (kuvio 7) yleisin oli palveluneuvonta. Sille oli kyselyssä myös annettu seuraava määritelmä palveluneuvonnan erottamiseksi palveluohjauksesta:

Palveluihin liittyvää neuvontaa, esimerkiksi mistä ja miten palveluita voi saada. Ei edellyttä välttämättä paneutumista asiakkaan kokonaistilanteeseen (eikä esim. asiakastietojen kirjaamista) tai luottamuksellista asiakassuhdetta.

Myös monet muut neuvonnan osa-alueet kuuluivat yleisesti neuvontakeskuksen toimintaan. Terveysneuvontaa, sosiaaliin ongelmiin liittyvää neuvontaa, apuvälineitä koskevaa neuvontaa, muisti ja/tai ravitsemusneuvonta sekä asumiseen ja liikuntaan liittyvää neuvontaa oli tarjolla yleisesti.

Kysymykseen vastanneet: 79



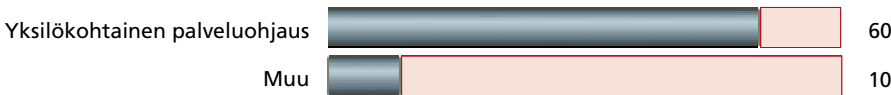
* Teknisen ongelman vuoksi muistisairauksiin liittyvä neuvonta ja ravitsemusneuvonta ovat yhdistyneet eikä niitä saada aineistosta eroteltua

KUVIO 7. Millaisia toimintamuotoja neuvontakeskuspalveluun kuuluu? Neuvontaan liittyvät palvelut

Myös palveluohjausta koskevan kysymyksen yhteyteen oli liitetty määritelmä. Palveluohjaus määriteltiin kyselyssä seuraavalla tavalla:

Palveluohjauksessa (case management) olennaista on asiakkaan ja työntekijän luottamussuhde ja asiakaslähtöinen työskentelytapa. Palveluohjaus on työmenetelmä, jolla kootaan palvelut asiakkaan tueksi ja lievennetään palvelujärjestelmän hajanaisuuden haittoja.

Kysymykseen vastanneet 71

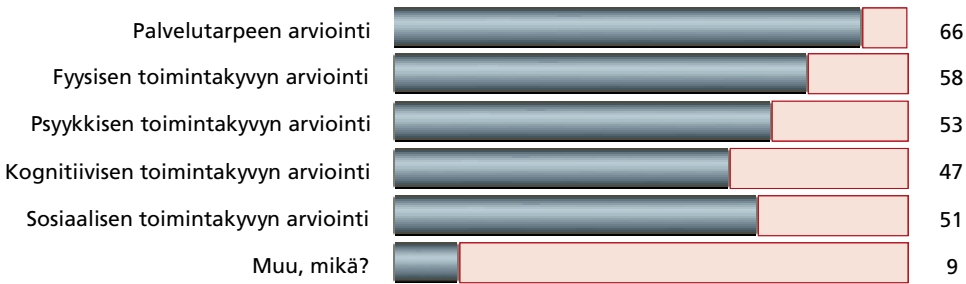


KUVIO 8. Millaisia toimintamuotoja neuvontakeskuspalveluun kuuluu? Palveluohjaukseen liittyvät palvelut

Yksilökohtainen palveluohjaus oli yleistä, sitä annettiin 60 kunnassa. ”Muu, mikä” -vaihtoehdon valinneiden neuvontaan ja palveluohjaukseen liittyvien kysymysten yhteydessä vastaajien täsmennykset sisälsivät hyvin erilaisia asioita. Jossakin tehtiin konkreettisia hoiva- ja hoitotoimenpiteitä (esim. tikkien poistot, haavojen hoidot), jotkut korostivat tässä yleistä neuvontaa palveluista sekä yhteisöllistä palveluohjausta. Muutama vastaaja myös mainitsi, että palveluohjaus järjestetään kotihoidon yhteydessä, ei osana neuvontatoimintaa.

Arviointeja koskevassa osuudessa (kuvio 9) kysyttiin palvelutarpeen arvioinnin ja toimintakyvyn arvioinnin toteutumista.

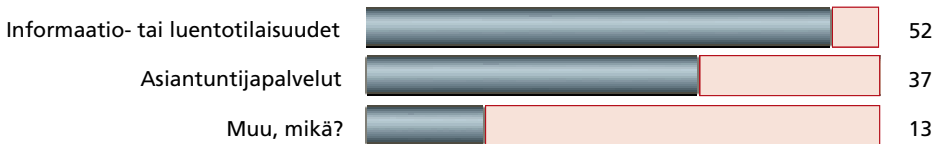
Kysymykseen vastanneet: 72



KUVIO 9. Millaisia toimintamuotoja neuvontakeskuspalveluun kuuluu? Arviointiin liittyvät palvelut

Palvelutarpeen arviointeja toteutti 66 kuntaa. Toimintakyvyn arviointeja vähintään yhdellä ulottuvuudella toteutti 58 kuntaa. Yleisin oli fyysisen toimintakyvyn arviointi, mutta myös sosiaalisen, psyykkisen ja kognitiivisen toimintakyvyn arviointia kerrottiin tehtävän lähes yhtä monessa kunnassa.

Kysymykseen vastanneet: 57



KUVIO 10. Millaisia toimintamuotoja neuvontakeskuspalveluun kuuluu? Muu toiminta

Neuvontapalveluun liittyvää muuta toimintaa oli 57 kunnassa. Informaatio- tai luentotilaisuuksia kuului suhteellisen yleisesti valikoimaan ja myös asiantuntijapalveluita tuotettiin suuressa osassa niistä, jotka neuvontapalveluja järjestivät.

Vastaajia pyydettiin nimeämään edellä mainituista toimintamuodoista kolme yleisintä. Yleisimmäksi toimintamuodoksi mainittiin useimmin neuvonta. Tämän jälkeen tuli palveluohjaus ja sitten toimintakyvyn sekä palvelutarpeen arviointi. Toiseksi yleisimmän toimintamuodon kohdalla oli suurempi hajonta, mutta myös siinä kohdassa useimmin mainittu toimintamuoto oli neuvonta. Toiseksi ja myös kolmanneksi tärkeimmän toimintamuodon kohdalla mainittiin myös usein asiantuntijatyö, yhteistyö ja erilaisten ryhmien järjestäminen. 24 kuntaa ilmoittikin järjestävänsä neuvontatoiminnan yhteydessä ryhmätoimintaa. Kysyttäessä millaista ryhmätoimintaa järjestetään, tuli esille hyvin monenlaisia ryhmiä: mm. liikunta-, kuntosali-, painonhallinta-, kuntoutus-, virkistys-, muisti- ja tasapainoryhmät mainittiin. Lisäksi mainittiin erilaiset keskusteluryhmät.

Neuvontakeskuspalveluissa työskentelevät työntekijät olivat useimmin koulutukseltaan terveydenhuoltoalan koulutuksen saaneita (taulukko 3).

Taulukossa mainittujen koulutusten lisäksi mainittiin yksittäisiä koulutusammatteja, mm. kuntohoitaja, kodinhoitaja, liikunnanohjaaja. Näytti siltä, että hyvin suuri osa työntekijöistä työskentelee neuvontakeskustoiminnassa osa-aikaisesti. Ainoastaan sosiaalityöntekijät ja sosionomit työskentelivät yleensä neuvontapalvelussa päätoimisesti.

TAULUKKO 3. Neuvontakeskuspalveluissa työskentelevien työntekijöiden koulutus

Koulutus	Kuntien lkm	%,ssa kysymykseen vastanneista kunnista (n = 72)
Terveydenhoitaja	35	49
Sairaanhoidaja	30	42
Sosiaaliohjaaja, sosionomi, vast.	25	35
Fysioterapeutti	15	21
Sosiaalityöntekijä	11	15
Lähihoitaja	12	17
Geronomi	6	8

Suuri osa kunnista (42) järjesti työntekijöiden tueksi koulutusta. Koulutuksen sisältöjä kysyttäessä näytti siltä, että useimmissa tapauksissa kyse ei ollut täsmäkoulutuksesta, vaan yleisestä vanhuspalveluihin liittyvästä täydennyskoulutuksesta. Jonkin verran oli kyse selvästi tähän toimintaan kohdennetusta koulutuksesta.

muisti, senioripysäkki, toiminnallisten ryhmien ohjaus ja prosessi- ja tuotteistamiskoulutus

Myös konsultointimahdollisuus oli järjestetty yli puolessa neuvontatoimintaa järjestävistä kunnista. Konsultointimahdollisuus käsitti vastaajien mukaan työnohjausta, esimiehen tukea, lääkärin tai geriatrin konsultointimahdollisuutta tarvittaessa, oppilaitokselta saatavaa tukea, työyhteisön tukea sekä moniammatillisen ryhmän tai ohjausryhmän tukea.

Toiminnan seuranta ja arviointi

Neuvontakeskuspalveluissa kerätään yleisimmin tietoa asiakaskäyntien määristä. Läheskään kaikki eivät ilmoittaneet asiakaskäyntien määrää. Niistä, jotka ilmoittivat, erottui kaksi ryhmää. Toinen oli muutama sata kävijää ja toinen parin tuhannen kävijän neuvontapalvelut. Lisäksi yleinen tilastointiperuste oli eri asiakkaiden lukumäärä. Tässäkin määrät vaihtelivat varsin paljon, vähimmillään eri asiakkaita oli ilmoitettu noin 5–10 ja enimmillään noin kaksi tuhatta. Jonkin verran tietoa kerättiin mm. puhelinasiakkaiden määrästä, asiakkaiden ikäjakaumasta ja sukupuolesta, mutta tämä oli huomattavasti harvinaisempaa kuin yleinen asiakasmäärien tilastointi. Muutama kunta keräsi tietoa siitä, mihin palveluihin asiakkaita oli ohjattu. Näitä olivat mm.

- lääkäri
- terveyspalvelut yleensä
- kotihoito
- liikuntapalvelut
- kuntoneuvola
- sosiaalityöntekijä
- mielenterveystoimisto
- päiväkeskuksen ryhmät
- yrittäjien palvelut
- vapaaehtoissektori
- yksityiset hoiva- ja asumispalvelut

- luottamushenkilöiden yhteystietojen antaminen
- muistipoliklinikka
- ruokailu.

Toiminnan arvioinnista kysyttäessä yleisin arviointitapa oli asiakastyytyväisyyteen liittyvät kyselyt (19 kuntaa). Joissakin kunnissa oli opinnäytetöinä toteutettu asiakastyytyväisyyden arviointeja. 16 kuntaa ilmoitti, että palvelujen saavutettavuutta oli arvioitu. Arviointi tapahtui toimintakertomuksen laatimisen yhteydessä, ohjausryhmässä, itsearviointina, tulokorteilla, kehityskeskustelun yhteydessä ja asiakaskyselyn avulla. Eräs vastaaja totesi myös tehdyn kyselyn merkityksestä seuraavaa:

Tämä kysely on hyvä arviointiväline, kehitämme toimintaa edelleen.

Vaikutusta asiakkaiden hyvinvointiin, terveyteen ja toimintakykyyn oli arvioitu varsin vähän. Kymmenessä vastauksessa oli otettu kantaa tähän kysymykseen. Näistä puolessa ei vielä oltu käynnistetty arviointia, mutta aikomus oli tehdä niin. Tässä yhteydessä mainittuja arviointitapoja olivat geriatrin laatima yhteenveto, erilaisten löydösten tilastointi, Voitas-testi, kotihoidon RAI ja muistiseurantatiedot, toimintakykykartoitus sekä asiakaskysely ja opinnäytetyö.

Neuvontakeskuspalvelun kautta saatua tietoa oli varsin yleisesti (32 vastaajaa) hyödynnetty ikäihmisten palvelujen kehittämisessä. Joissakin kunnissa tietoa oli hyödynnetty strategiatyössä sekä vanhuspalvelujen, erityisesti ehkäisevien palvelujen, uusia toimintamuotoja kehitettäessä sekä toiminnan suuntaamisessa. Osittain nämä liittyivät neuvontakeskuspalvelutoiminnan edelleen kehittämiseen, osittain siitä irrallisten toimintojen kehittämiseen.

Toiminnan kehittämistarpeet ja -näkömöt

Neuvontakeskuspalvelun kehittämissuunnitelmia tiedusteltiin kysymyksellä, jossa ei ollut valmiita vastausvaihtoehtoja. Vastauksia tuli paljon, mikä kertoi siitä, että kyseessä on voimakkaasti kehittyvä toimintamuoto.

Useissa vastauksissa viitattiin siihen, että seuraavana askeleena on **toiminnan käynnistäminen**. Tämä liittyi siihen, että neuvontakeskustoimintaa koskeviin kysymyksiin toivottiin vastauksia myös niiltä kunnilta, joissa toiminta oli suunnitteilla. Useissa vastauksissa puhuttiin **toiminnan vakiinnuttamisesta**.

Toiminnan juurruttaminen koko alueen toimintamalliksi. Nyk. pilotointi on vasta alkanut ja siitä saatujen kokemusten myötä toimintaa kehitetään ja juurrutetaan tapahtuvaksi lähipalveluna koko toiminta-alueella.

Monissa kunnissa neuvontatoimintaa on toteutettu kokeiluna tai projektirahoituksella ja toiminta haluttiin vakinaistaa. Parissa vastauksessa pohdittiin myös toiminnan supistamista projektiresurssien loppuessa. Jokunen pieni kunta totesi, ettei ole järkevää ylläpitää erillistä neuvontatoimintaa, vaan se hoituu palveluohjaajan tai kotipalveluohjaajan toimesta ja yhteistyöverkoston avulla. Vakiintumisen lisäksi kehittämissuunnitelmia liittyi myös **toiminnan laajentamiseen**. Kyse saattoi olla joko aukioloaikojen pidentämisestä (joissakin kunnissa neuvontatoiminta rajoittui muutamaan tuntiin viikossa) tai alueellisten neuvontapisteiden perustamisesta. Kyse oli myös kohderyhmän laajentamisesta ja toiminnan ulottamisesta uusiin ikäryhmiin. Muutenkin kohderyhmien pohtiminen oli selvästi ajankohtainen asia.

Neuvontakeskustoiminnan **sisältöjä koskevia kehittämissuunnitelmia** oli runsaasti. Kehittäminen liittyi sekä eri toimintamuotojen sisältöön että uusien toimintamuotojen käyttöön ottoon.

Palveluohjauksen toimintamallin kehittäminen. Terveystapaaminen alkuun alueilla 1.1.2009. Liikuntahanke kohteena ikäihmiset.

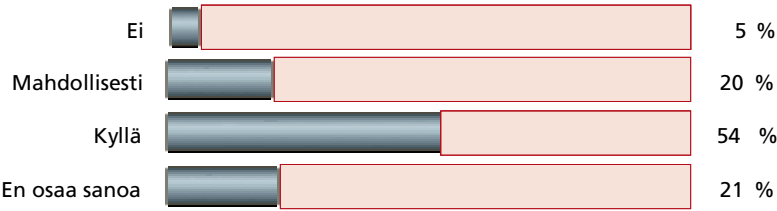
Yhteistyössä ammattikorkeakoulun kanssa kehitetään seniorineuvolatoimintaa, johon on yhdistetty kotipalvelun toteuttama ehkäisevä kotikäyntitoiminta.

Useissa vastauksissa mainittiin ehkäisevien käyntien liittäminen toimintaan. Myös tiedottamiseen haluttiin panostaa entistä enemmän. Henkilöstöön liittyen pohdittiin henkilöresurssien lisäämistä tai mitoitusta sekä työntekijöiden tukemista koulutuksen avulla.

Monet vastanneista kunnista olivat osallisena kuntaliitos- tai yhteistoiminta- aluesuunnitelmissa ja nämä mainittiin yleensä niin, että alkanut toiminta oli tarkoitus saada osaksi uutta kuntaa tai yhteistoiminta- aluetta.

Lähes kaikkien vastanneiden kuntien kohdalla lähivuosien aikana on tapahtumassa muutoksia yhteistoiminnassa PARAS-hankkeen myötä (kuvio 11).

Kysymykseen vastanneet: 178



KUVIO 11. Onko kuntasi yhteistoiminta muiden kuntien kanssa lähivuosina lisääntymässä PARAS-hankkeen myötä?

Vain 5 % vastaajista ilmoitti, ettei muutoksia ole tapahtumassa. Puolet vastaajista totesi, että muutoksia tapahtuu ja viidesosa vastaajista ei osannut sanoa. Kysymykseen oli liitetty mahdollisuus kuvata, miten tulevat muutokset muuttavat tilannetta neuvontatoiminnan suhteen. Kysymykseen vastanneiden mukaan yleisimmin oli kyse siitä, että uusien rakenteiden myötä neuvolapalvelu muuttuu seudulliseksi, jolloin olemassa oleva, jonkin kunnan ylläpitämä neuvontatoiminta laajenee niin, että liitoskunnat/yhteistoiminta- alueen muut kunnat tulevat siihen mukaan. Tällöin saadaan lisää resursseja toimintaan ja myös asiantuntemus ja palvelumahdollisuudet laajenevat. Joissakin vastauksissa todettiin, että muutos mahdollistaa neuvontakeskustoiminnan aloittamisen. Osa vastaajista totesi, että neuvontatoiminnan suhteen ei todennäköisesti tapahdu muutoksia, vaan toiminta säilyy lähipalveluna.

Niitäkin kuntia, joilla ei ollut omaa neuvontakeskustoimintaa, pyydettiin kirjaamaan näkemyksiään siitä, mitkä ovat neuvontakeskuspalvelujen kehittämistarpeet yleensä. Tähän tulikin runsaasti vastauksia. Niissä toistuivat seuraavat teemat:

- Palvelujen sisältö
- Resurssointi
- Yhteistyö
- Henkilöstö
- Asiakasnäkökulma
- Tavoitettavuus
- Tiedottaminen

- Seudullisuus, kattavuus
- Puitteet, tilat
- Vaikuttavuus

Palvelujen sisältöön liittyen tuli esille monenlaisia ajatuksia. Tärkeänä pidettiin yleensäkin ehkäisevää näkökulmaa ja riittävän varhaista tukea. Konkreettisina palvelujen kehittämiskohteina mainittiin palveluohjaus, palvelutarpeen kartoitus, terveydentilan kartoitus, terveysneuvonta, muistisairauksiin liittyvä neuvonta, tiedottaminen palveluista, ennakoiivat kotikäynnit sekä sosiaalisiin ongelmiin liittyvä neuvonta ja gerontologinen sosiaalityö.

Valtakunnallisen tuen tarvetta kartoittavaan kysymykseen tuli erittäin paljon vastauksia (110). Vastaukset sisälsivät useita eri asioita, jotka luokiteltiin mainintoina alla olevien teemojen sisälle. Kaikkein eniten toivottiin selkeitä, konkreettisia **ohjeita toiminnan toteuttamiseen** (42 mainintaa). Ohjeita toiminnan järjestämiseksi, atk-ohjelmia, lomakkeita, arviointityövälineitä ja erilaista muuta materiaalia toivottiin valtakunnallisesti. Vastausten yhteydessä korostettiin yllättävän paljon yhtenäisyyttä. Toivottiin, että kaikilla ikäihmisillä olisi yhtäläinen mahdollisuus neuvontapalveluun, ja että se toteutuisi suunnilleen samanlaisena eri puolilla maata. Myös resurssien varmistaminen liitettiin toivomukseen yhdenvertaisuudesta.

...ohjeistusta, jotta valtakunnalliset linjaukset ja suunnitelmallisuus toimisi (kuntalaiset tasavertaisia eri puolella Suomea).

yhteiset pelisäännöt, resurssit, etteivät kunnat ole erilaisessa asemassa keskenään

Jonkin verran toivottiin myös suoranaista ohjausta ja asiantuntija-apua.

Koulutus nähtiin tärkeäksi valtakunnallisen tuen muodoksi (28 mainintaa). Koulutusta toivottiin järjestettävän neuvontapalvelun keskeisistä kysymyksistä. Yleensä koulutusta koskevien mainintojen lisäksi todettiin, että valtakunnallisia työkokouksia ja seminaareja tarvittaisiin. Vertaistapaamiset nähtiin koulutuksen ohella hyvin tärkeänä.

koulutusta ja ohjausta toiminnan suunnittelussa

vanhustyön koulutuksen kokonaisuuden kehittäminen – koulutus vielä hajanaista

Erittäin monessa vastauksessa valtakunnallisena tukena toivottiin myös **taloudellisia resursseja** (27 mainintaa). Useimmin toivottiin resursseja yleensä, tai käytettiin ilmaisua ”korvamerkittyjä resursseja”. Joissakin vastauksissa toivottiin, että ainakin toiminnan käynnistämiseen olisi mahdollisuus saada resursseja.

korvamerkittyä rahaa vanhusten ennaltaehkäisevään työhön

Vastauksissa korostui myös vertaistiedon tarve ja **hyviä käytäntöjä koskevan tiedon välittäminen** (25 mainintaa) eri tavoin. Toivottiin tietoa jo toimivista palveluista ja onnistuneista toimintamalleista. Myös alueiden välistä yhteistyötä haluttiin tiivistää kokemusten vaihtamiseksi.

Koottuja kokemuksia jo kauemmin toimineista neuvontapisteistä. Millaisella toiminnalla on todellista vaikuttavuutta ja apua ikäihmisten arkeen ja selviytymiseen?

Neuvontakeskustoiminnan vaikuttavuuden tutkimuksen ja arvioinnin (9 mainintaa) katsottiin olevan sellainen asia, jossa valtakunnallinen tuki ja olisi tarpeen. Vaikuttavuuden arvioinnin nähtiin myös olevan toimintaa, joka tulisi toteuttaa nimenomaan valtakunnallisesti. Tällöin olisi mahdollisuus saada myös vertailutietoa toiminnasta.

valtakunnalliset mittarit, kuvaukset arvioinnin ja seurannan varmistamiseksi

Jotkut vastaajat toivoivat, että ehkäisevästä toiminnasta säädettäisiin **laki** (6 mainintaa)

...laatusuositukset lakipykäliksi

nykyistä tiukempi lainsäädännöllinen ohjaus

Joissakin vastauksissa toivottiin, että valtakunnallisesti tehtäisiin **työtä ehkäisevän toiminnan merkityksen ymmärtämiseksi**. Vastauksissa viitattiin päätöksentekijöihin, jotka eivät aina ymmärrä ehkäisevän toiminnan merkitystä.

...poliittisen päätöksenteon ymmärryksen laajentamista ennaltaehkäisevän työn merkityksen arvostamiseen...

informaatiota palvelun tarpeellisuudesta kuntien päättävälle elimille. Asian esille nostamista lehdistössä, tiedotusvälineissä ym.

Neuvontakeskustoimintaa käsittelevän osuuden lopuksi vastaajille tarjottiin vielä mahdollisuus kommentoida asiaa (*Mitä muuta ikääntyneiden neuvontakeskuspalveluista haluaisit kertoa kyselyn tekijöille?*). Tilaisuutta oli käytetty runsaasti. Hyvin paljon korostettiin neuvontapalvelun tarpeellisuutta ja tarvetta matalan kynnyksen paikalle.

Tärkeä asia, joka merkitystä ei vielä täysin ole ymmärretty.

Neuvontakeskus on tärkeä työmuoto ennaltaehkäisevässä työssä, tässä voidaan sanoa, että tieto ei lisää tuskaa vaan tuo selviytymiskeinoja ja tietoa, mikä auttaa ikäihmisiä selviytymään pidempään kotona. Palautteen mukaan myös yhteisöllisyys ja yksinäisyyden lievittäminen on osa neuvontakeskuksen arkea ja sen kylkeen voidaan kehittää erilaisia tukiryhmiä (ikäihmisten kohtaamispaikka esim).

Useampi pientä kuntaa edustava vastaaja korosti sitä, että pienissä kunnissa neuvontaa varten ei tarvita erillisiä keskuksia.

...pienessä kunnassa byrokraattisuus on vähäistä. Työntekijöiden (...) tavoitettavuus on helppoa, joten neuvonta ja ohjaus ovat tärkeä osa päivittäistä työtä ilman, että sitä mielletään erityiseksi neuvontakeskuspalveluksi.

Kaiken kaikkiaan vastauksista välittyi vahva toive valtakunnallisista linjauksista tilanteessa, jossa selvään tarpeeseen on vastattu hyvinkin erilaisilla tavoilla. Eräs vastaaja kiteytti tarpeen selkeyttää käsitteitä ja toimintamalleja seuraavalla tavalla:

Vanhusneuvolalla ymmärretään monia asioita, jotka sisällöltään poikkeavat hyvinkin paljon. Nimikkeistöviidakko hämmentää asiakkaita ja luottamushenkilöitä, joten selkeyttämisestä siihen, mistä milloinkin puhutaan, olisi hyvä saada.

6 EHKÄISEVÄT KOTIKÄYNNIT KUNNISSA

Ehkäisevillä kotikäynneillä tarkoitetaan yleensä ikäihmisille suunnattua kotikäyntejä, joiden tavoitteena on mm. tukea ja arvioida itsenäistä suoriutumista, tiedottaa palveluista, selvittää hyvinvointia ja terveyttä vaarantavia riskitekijöitä sekä kodin ja lähiympäristön turvallisuutta. Ehkäisevillä kotikäynneillä voidaan myös ennakoida yksilöllisten palvelujen tarvetta.

Kyselyyn vastanneista kunnista suurimassa osassa (63 %) järjestettiin ehkäiseviä kotikäyntejä ikääntyneille (kuvio 12). Käyntien aloittamista suunnitteli 15 prosenttia vastanneista kunnista ja vajaa neljäsosa (22 %) ei järjestänyt niitä lainkaan.

Kysymykseen vastanneet: 187



KUVIO 12. Toteutetaanko kunnassasi kunnan järjestämänä ehkäiseviä kotikäyntejä ikääntyneille?

Toiminnan tavoitteet ja organisointi

Kotikäynneille asetetuista tavoitteista tiedusteltiin avokysymyksellä, jossa vastaajia pyydettiin nimeämään kolme keskeisintä tavoitetta. Vastaukset esitetään ryhmiteltyinä kokonaisuuksina yleisyysjärjestyksessä.

- Tiedottaminen ja neuvonta palveluista ja etuuksista sekä palveluohjaus
- Toimintakyvyn, terveydentilan ja palvelutarpeiden arviointi
- Ennakointi, terveyden edistäminen ja omien voimavarojen tukeminen

Tämä tavoite ilmaistiin mm. seuraavin tavoin:

Varhainen puuttuminen

Riskiryhmissä ja syrjäytymisuhan alla olevien henkilöiden 'löytäminen' ajoissa

Vanhuksen voimavarojen löytäminen arkeen

Terveysneuvonta

Mahdollisten selviytymisriskien selvittäminen

- Kotona asumisen tukeminen ja mahdollistaminen
- Tiedon kokoaminen vanhustenhuollon kehittämisen, suunnittelun ja poliittisen päätöksen-teon pohjaksi

Tavoitetta kuntien edustajat kuvasivat esimerkiksi seuraavasti:

Henkilöstöresurssien suunnittelu.

Saada tilastotietoa tulevista ikäihmisten palvelutarpeista palvelu- ja taloussuunnittelua varten. Palveluiden suunnittelun helpottuminen.

- Apuvälinetarpeiden, asunnon ja asuinympäristön esteettömyyden ja turvariskien kartoitus, mikä ilmaistiin mm. seuraavasti:

Kartoittaa asuinympäristö ja lähipalvelut sekä niissä ilmenevät puutteellisuudet.

Asunnon muutostyön ja apuvälineiden yms. tarvekartoitus.

- Yksilöllisten tarvetta vastaavien ja oikea-aikaisten palvelujen tarjoaminen

Tämä tavoite ilmaistiin mm. seuraavalla tavalla:

Palvelutarpeeseen vastaaminen.

Oikea kohdentuminen.

Saavutettavuus.

Ajallaan autetuksi tuleminen.

Edellä mainitut tavoitteet esiintyivät kunnissa myös erilaisina yhdistelminä. Muita ehkäisevien kotikäyntien tavoitteita olivat tutustuminen mahdollisiin tuleviin asiakkaisiin ja laitoshoidon viivästyttäminen ja minimointi. Yksittäisenä tavoitteena oli myös omaishoitajien terveyden tukeminen.

Ehkäisevät kotikäynnit olivat pysyväisluonteista toimintaa 80 prosentissa ja projektiluonteista tai määräaikaista 16 prosentissa niistä kunnista, joissa ehkäiseviä kotikäyntejä tehtiin. Yleisimmin ehkäisevät kotikäynnit järjestettiin osana yhdistettyä kotihoitoa (29 %), osassa kuntia käynnit kuuluivat kotipalvelun piiriin (19 %) ja hieman harvemmin ne oli sijoitettu kotisairaanhoidon (12%) toiminnaksi. Joissakin kunnissa toiminta oli muun sosiaalitoimen alaisuudessa (6 %) ja osa ilmoitti järjestäjäksi jonkin muun (14 %) kuin edellä mainitun tahon. Näitä olivat esimerkiksi sairaanhoitopiiriin ja kansanterveystyön kuntayhtymä, terveyskeskus, päivätoiminta, erilaiset neuvontapisteet, fysioterapia, erilaiset vanhuspalvelujen hankkeet, järjestö, seurakunta sekä ostopalveluna yritys.

Ehkäiseviä kotikäyntejä toteuttavista kunnista 76 prosenttia kohdensi käynnit määrätyle ikäryhmälle, useimmiten 80 vuotta täyttäneille/kyseisenä vuonna täyttävälle tai 75 vuotta täyttäneille/kyseisenä vuonna täyttävälle. Ehkäisevien kotikäyntien kohderyhmän ikähaarukka vaihteli kunnittain 65 vuotta täyttäneistä yli 85-vuotiaisiin. Joissakin vastauksissa kuntien edustajat tarkensivat käyntien kohdentuvan niille ikäihmisille, jotka eivät olleet palvelujen piirissä. Tämä tarkoittanee sitä, että osa ehkäisevistä kotikäynneistä suuntautui myös palvelujen piirissä jo oleville. Riskiryhmille kohdentaminen tuli vastauksissa niukasti esille. Esimerkiksi ikääntyneet maahanmuuttajat eivät näkyneet vastauksissa. Mainittuja riskiryhmiä olivat

- leskeksi jääneet
- ikäihmiset, joilla on useita sairauksia
- henkilöt, joilla on toistuvia terveyskeskusjaksoja
- turvapuuhelinasiaakkaat, joilla ei muita palveluja
- omaishoitajat
- omaishoidon tuen piirissä olevat
- palvelutarvearviointia pyytävät sekä
- sotaveteraanit, jotka eivät ole säännöllisen koti- ja laitoshoidon piirissä.

Kuntien edustajat perustelivat ehkäisevien kotikäyntien kohderyhmien valintaa eri tavoin. Enemmistö kunnista ilmoitti perusteiksi palvelutarpeen lisääntymisen määrätysässä iässä sekä varhaisen puuttumisen ja ennalta ehkäisyn mahdollisuuden. Myös aiemmat kokeilut ja henkilöstöresurssit toimivat kohderyhmän valinnan perusteina.

Yleisimmin vastaajat esittivät kokemukseen perustuen palvelutarpeen alkavan kasvaa 80 vuoden iässä. Jonkin verran perusteeksi mainittiin tutkimustieto, jonka mukaan avuntarve alkaa lisääntyä 75 ikävuodesta lähtien. Tämän ikäryhmän todettiin olevan myös itsenäisen selviytymisen ja avuntarpeen välivaiheessa.

Havaittu, että 75+ ihmiset tienhaarassa, jossa mietitään kotona selviytymistä. Haluttu kertoa, että kunnan strategia on sen suuntainen, että kotona asumista halutaan tukea mahdollisimman pitkään kotihoidon tukipalvelujen avulla. Yksin ei jää kukaan tarvitsija. Tämä ensisijainen viesti.

Varhaisen puuttumisen ja ennalta ehkäisyn perustetta kuvattiin mm. seuraavasti.

Perusteluna, että palvelujen tarve voitaisiin ennakoida ja järjestää niin, että asiakas voi asua kotona mahdollisimman kauan. Nyt monet tulevat palvelujen piiriin liian myöhään ja tarvitsevat heti raskasta laitoshoidoa. Laitoshoitoon tuloa olisi voitu siirtää jos riittävän ajoissa olisi aloitettu terveydentilan arviointi, kuntoutus, kotipalvelut jne.

Nuoremmat, 75-vuotiaat halutaan tavoittaa lähinnä ennaltaehkäisevästi, huomioidaan vahvasti terveyden edistämisen näkökulma ja kerrotaan tietoa palveluista. Samojen perustelujen lisäksi yli 80-vuotiaiden uskotaan hyötyvän yksilöllisestä hoidontarpeen arvioinnista ja siihen tarvittaessa ohjaamisesta.

(80 vuotta täyttävät) on ilmeisesti ennaltaehkäisyn kohderyhmänä hyvä, koska palveluiden tarpeeseen ja piiriin tullaan usein vasta yli 80 v.

Leskeksi jäätyään ihmisen henkinen, sosiaalinen ja fyysinen jaksaminen usein järkkyy, tarvitaan tukea elämänhalun ylläpitämiseen ja jaksamiseen ihan kaikessa.

Osassa kuntia kotikäyntien kohdentaminen perustui aiempaan kokeiluun, jonka perusteella kohderyhmää oli tarkennettu.

Olemme huomanneet että useimmat henkilöt alle 80 vuotta, eivät ole avun tarpeessa. Nytenkin moni kieltäytyy ehkäisevästä kotikäynnistä, koska heidän mielestä he eivät tarvitse vielä apua.

Edelliset ennakoivat kotikäynnit v. 2005–2006 suunnattiin yli 85-vuotiaille. (nyt 83–87-vuotiaille).

Omaishoitajille kotikäyntejä kokeiltiin v. 2005... seutukunnan projektissa ja ne todettiin toimiviksi myös nimenomaan ikääntyvien omaishoitajien tukemisessa.

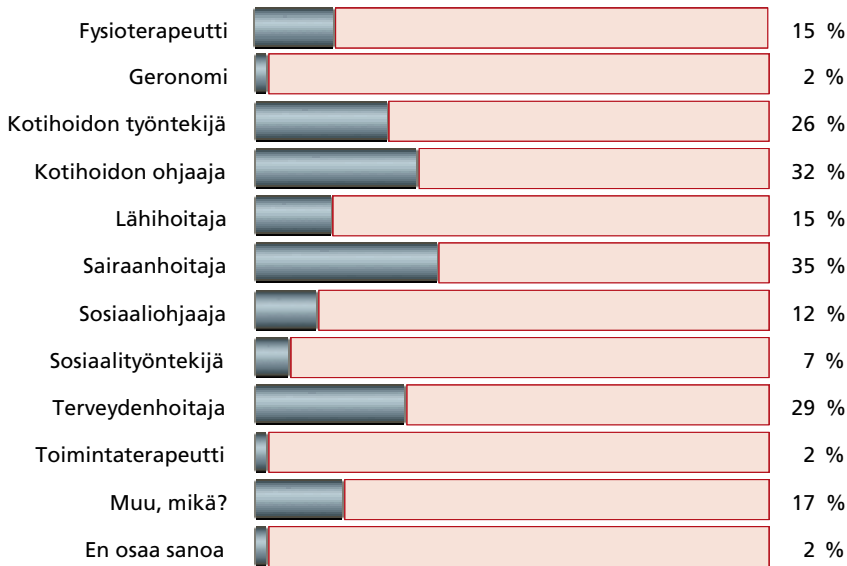
Har prövat på 75-åringar och 76-åringar som ännu känner sig unga. Det verkar att fungera bra med 77-åringar.

Kuntien vastauksissa kohderyhmän valintaa perusteltiin myös resurssitekijöillä. Ehkäiseviä kotikäyntejä saavien ikäraja oli korkea joissain kunnissa sen vuoksi, etteivät resurssit riittäneet käyntien toteuttamiseen nuoremmalle ja laajemmalle kohdejoukolle.

Vastanneista kunnista 49 prosenttia toteutti ehkäisevät kotikäynnit kertakäyntinä ja tarvittaessa seurantakäyntinä. Kolmannes vastaajista (32 %) ilmoitti, että käyntejä tehdään ainoastaan kertakäyntinä. Käynnin jälkeinen seurantakäynti ja puhelinseuranta oli vakiintuneessa käytössä neljässä prosentissa vastanneista kunnista.

Ehkäiseviä kotikäyntejä toteuttavista ammattiryhmistä yleisimpiä olivat vastanneissa kunnissa sairaanhoitaja, kotihoidon ohjaaja, terveydenhoitaja ja kotihoidon työntekijä. Kuviossa 13 näkyy ammattiryhmien yleisyys kotikäyntien toteuttajina.

Muiksi kotikäyntejä toteuttaviksi ammattiryhmiksi ja tehtävänimikkeiksi ilmoitettiin mm. sosionomi, vanhustyön ohjaaja, yhteistyössä kotisairaanhoitaja ja kodinhoitaja, terveydenhoitaja, erikoissairaanhoitaja, palveluohjaaja, vanhustyön johtaja ja veteraanineuvoja.



KUVIO 13. Mitkä ammattiryhmät tekevät ehkäiseviä kotikäyntejä ikääntyneille?

Kotikäyntejä toteuttavien työntekijöiden tueksi oli järjestetty mahdollisuus konsultointiin (60 %) ja koulutusta (57 %). Ehkäiseviä kotikäyntejä toteuttavien työntekijöiden tueksi kunnissa oli tarjolla mm. seuraavia konsultointitahoja:

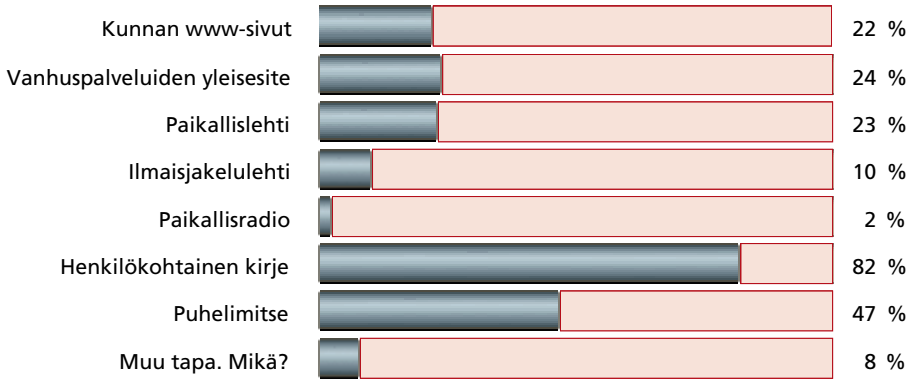
- geriatri
- terveysaseman lääkäri
- toisen kunnan vastaava työntekijä
- sosiaalisihiteeri
- vanhustyön johtaja
- dementiasairaanhoitaja, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, ammattikorkeakoulun neuvontapiste
- ohjausryhmä
- kotihoidon ohjaaja
- verkkokonsultointi
- moniammatillinen tiimi.

Vastausten mukaan koulutuksissa käsiteltäviä aiheita olivat muun muassa:

- lääkkeenjako, ravitsemus
- kuntouttava työote, liikunta
- yhteiset seudulliset kriteerit
- palvelutarpeen arviointi ja siihen liittyvä toimintakykymittareiden käyttö ja niiden tulkinta
- palveluohjaus
- erilainen täsmäkoulutus
- vuosittain koulutusta eri teemoista
- tutustumiskäynti toiseen kuntaan
- kyselykaavakkeen läpikäynti ja yhteistä perehtymistä kyselyssä esiintyviin asioihin
- ehkäisevän työn tärkeys, kotikäyntien tavoitteet, toteutusprosessi.

Ehkäisevistä kotikäynneistä tiedotettiin pääsääntöisesti henkilökohtaisella kirjeellä (82 %) ja puhelimitse (47 %). Muina tiedottamisen kanavina kuntien edustajat ilmoittivat vanhuspalvelujen yleisesitteen, paikallislehden, kunnan www-sivut sekä paikallisradion (kuvio 14).

Kysymykseen vastanneet: 130

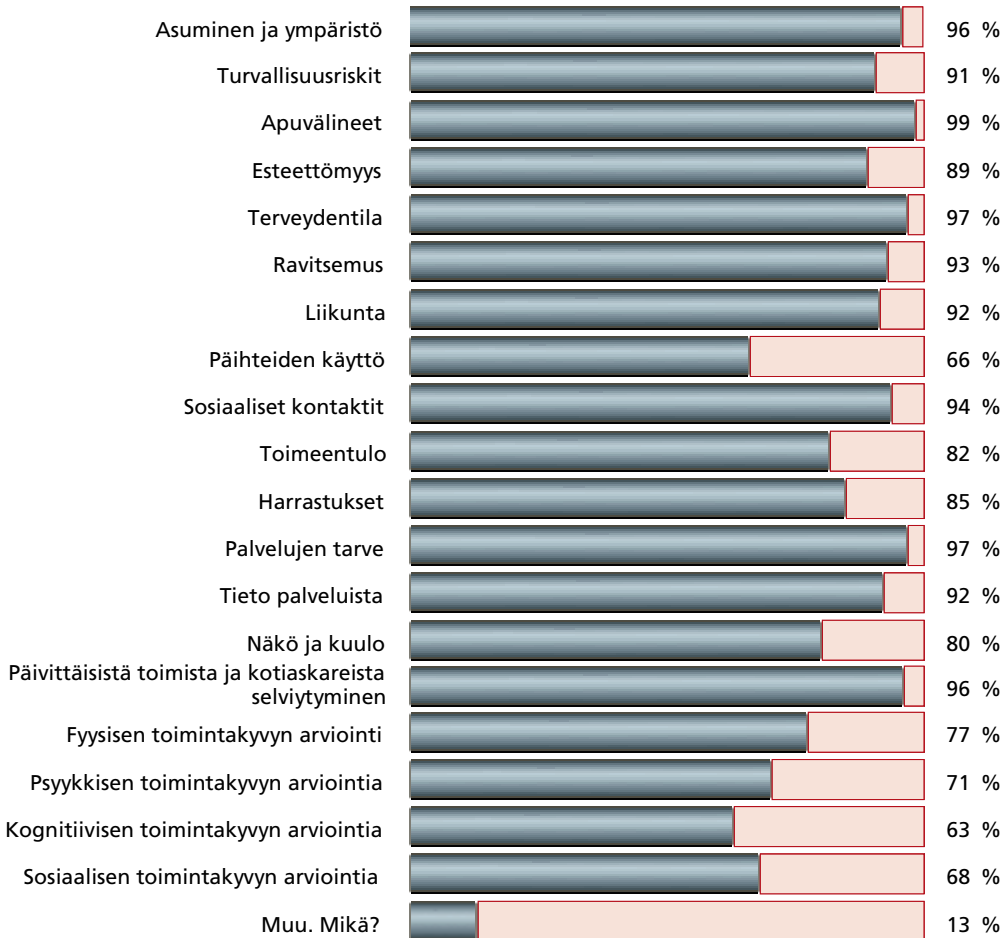


KUVIO 14. Miten ehkäisevistä kotikäynneistä tiedotetaan?

Toiminnan sisältö

Ehkäisevien kotikäyntien sisältö oli laaja ja monipuolinen. Lähes kaikissa kyselyyn vastanneissa kunnissa kotikäynnillä käsiteltiin apuvälineitä, palvelujen tarvetta, terveydentilaa sekä päivittäisistä toimista ja kotiaskareista selviytymistä sekä asumista ja ympäristöä. Kuviossa 15 näkyvät ehkäisevien kotikäyntien sisältöalueet.

Kysymykseen vastanneet: 132



KUVIO 15. Mitä aihepiirejä ehkäisevien kotikäyntien sisältöön kuuluu?

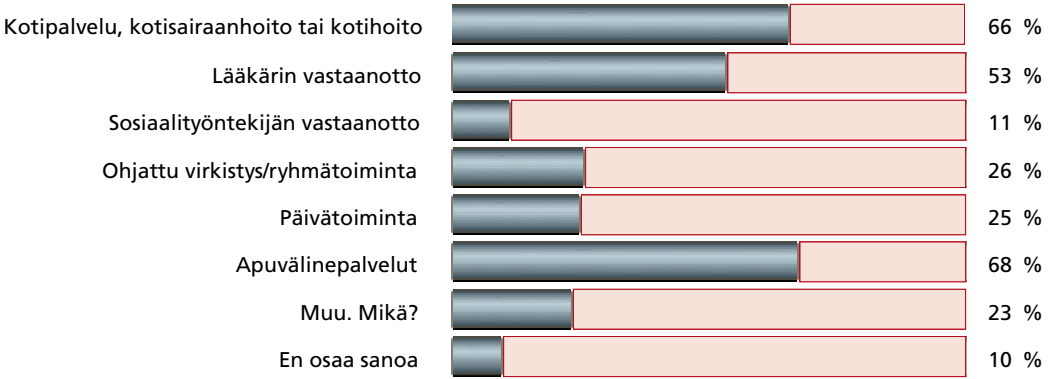
Edellisten aihepiirien lisäksi kuntien vastauksissa tuli jonkin verran esille seuraavia ehkäisevien kotikäyntien sisältöalueita:

- lääkehuolto
- elämänhistoria ja tulevaisuuden suunnittelu
- voimavaralähtöinen lähestymistapa
- hengellisyys, seurakunnan toimintaan osallistuminen, toiveet seurakunnalle ja diakonia-työlle
- kuljetuspalvelut
- elämänlaadun ja sen muutosten arviointi 15D-mittarilla
- viestintävälineiden käyttö/ kyky käyttää
- veteraanikuntoutuksen tarpeen arviointi ja tukitoimet kotona asumisen suhteen
- toivomukset ja palaute.

Ehkäiseviä kotikäyntejä toteuttavista kunnista 62 prosentilla oli käytössään itse laadittu tai sovellettu lomake, 33 prosentilla valmis strukturoitu arviointi- tai haastattelulomake ja 3 prosentilla ei minkäänlaista lomaketta. Valmiina lomakkeena käytettiin lähinnä Suomen Kuntaliiton Ehkäisevät kotikäynnit -haastattelulomaketta. Lisäksi kuntien vastauksissa mainittiin erilaisia toimintakyvyn arviointimittareita kuten Minimental-muistitesti, Ravatar, Audit-kysely alkoholin käytöstä, depressioseula, kodin turvallisuustarkistus, ravitsemuskysely, VoiTas (Ikäinstituutin voima- ja tasapainotesti), RAI-toimintakykyarviointi.

Ehkäisevien kotikäyntien yhteydessä ikääntyneitä ohjattiin enimmäkseen apuvälinepalvelujen, kotipalvelun, kotisairaanhoidon tai yhdistetyn kotihoidon ja erityisesti tukipalvelujen kuten ateriapalvelun piiriin sekä lääkärin vastaanotolle. Noin neljännnes vastanneista kunnista ohjasi ikäihmisiä virkistys/ryhmätoimintaan ja päivätoimintaan ja 11 prosenttia sosiaalityöntekijän vastaanotolle. (Kuvio 16.)

Kysymykseen vastanneet: 133



KUVIO 16. Minkälaisen tuen/avun/toiminnan piiriin ikääntyneitä on useimmiten ohjattu ehkäisevien kotikäyntien yhteydessä? Valitse kolme arviota mukaan yleisintä.

Muina tuen/avun/toiminnan muotoina kuntien edustajat ilmoittivat seuraavia:

- Kelan etuudet
- omaishoidon tuki
- muistitestit
- laboratoriotutkimukset
- yksityiset palvelut kuten siivouspalvelu
- seniorineuvola

- liikunta- ja harrastustoiminta sekä Voimaa vanhuuteen -tuutoritoiminta, jossa hyväkuntoiset ikäihmiset toimivat kotikuntoisten tukena
- vapaaehtoistyön toiminta
- ystäväpalvelu
- kodin parannustyöt kuten kynnysten poistaminen, oviaukkojen laajentaminen, wc-pöntön koroke, käsituet jne.
- kuntoutus, fysioterapia
- veteraanien kuntoutus.

Vastaajat kuvasivat jatkotoimia eri tavoin mm. seuraavasti:

Tulee esiin konkreettisia asioita, tilataan lääkärin vastaanotto, järjestetään päiväosastokäynnit, asiakkaasta tulee kotipalvelun tai tukipalvelun asiakas yms. Ohjataan hakemaan Kelan eläkkeensaajan hoitotukea yms. Ohjataan ikäihmisten liikuntaryhmiin.

Eipä juuri millaisiin, koska ikäihmiset ovat pienellä paikkakunnalla tottuneet ottamaan yhteyttä vanhushpalveluihin tarpeen niin vaatiessa.

FPA:s vårdbidrag, färdtjänst, bostadsförbättring, trygghetstelefon.

Ehkäisevän kotikäynnin tuottamat tiedot ikääntyneen tilanteesta ja palvelutarpeesta kirjattiin kyselyyn vastanneissa kunnissa vaihtelevasti. Pääsääntöisesti tiedot kirjattiin sosiaali- ja terveys-tietojärjestelmään kuten Effica, Pegasos, ProConsona, Finstar, Mediatr ja Ravatar. Vastauksista ei ilmene kirjattiinko sähköisiin järjestelmiin kaikkien vai ainoastaan palveluja saavien asiakkaiden tiedot. Muutamasta kunnasta tarkennettiin, että tiedot kirjattiin ainoastaan asiakkaan suostumuksella. Joissain kunnissa oli käytössä oma arkisto tiedoille, jotka eivät johda välittömiin toimenpiteisiin. Tietojen tallentaminen haastattelulomakkeelle ja kansioon oli myös yleistä kuntien vastauksissa. Mikäli kotikäynti johti palveluihin, tehtiin merkinnät myös hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Muutamat kunnat vastasivat raportoivansa vuosittain sosiaalilautakunnalle/ sosiaali- ja terveyslautakunnalle tai sosiaalijohtajalle ja jossain kunnassa raportti oli luettavissa kunnan www-sivuilta. Osa kunnista kirjasi tiedot yhteenvetotaulukkoon Exceliin, jossa ei ollut henkilön tunnistetietoja.

Toiminnan seuranta ja arviointi

Hiukan yli puolet ehkäiseviä kotikäyntejä tekevistä kunnista ilmoitti niiden henkilöiden määrän, joille oli tehty ehkäiseviä kotikäyntejä vuoden 2007 aikana (taulukko 4). Lukumäärä vaihteli kunnittain välillä 1–500 käyntiä. Painopiste oli kuitenkin alle 50 käynnissä.

TAULUKKO 4. Kuinka monelle ikääntyneelle tehtiin kotikäynti vuoden 2007 aikana?

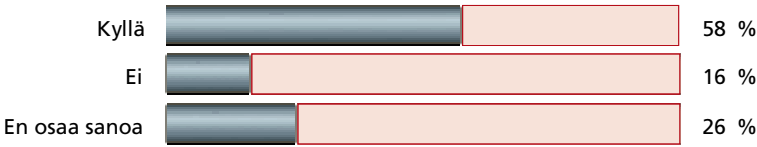
Käyntien lukumäärä	Kuntien lukumäärä	% määrän ilmoittaneista kunnista
1–50	50	62
51–100	18	22
101–200	9	11
201–	4	5
Yhteensä	81	100

Huolimatta käyntien suhteellisen vähäisistä määristä nämä kattoivat yleensä varsin suuren osuuden kohderyhmästä. Tässäkin vaihtelua oli paljon, joissakin kunnissa käynnit kattoivat kohderyhmästä vain muutaman prosentin, joissakin yli 90 prosenttia. Yleisimmin kattavuus vaihteli 50 ja 90 prosentin välillä.

Ehkäisevistä kotikäynneistä kieltäytyneiden osuus kohderyhmästä vaihteli 1:stä 55 prosenttiin kyselyyn vastanneissa kunnissa vuonna 2007. Tietoa ei ollut käytettävissä 43 prosentissa kysymykseen vastanneista kunnista. Kieltäytymisen syytä kysyttiin yli puolessa (54 %) kysymykseen vastanneista kunnista. Kieltäytymisen syynä oli pääsääntöisesti se, ettei ikääntynyt kokenut tarvitsevänsä kotikäyntiä hyväkuntoisuutensa, omaisilta saamansa avun vuoksi tai siksi, että kotikäynti oli tehty perheeseen aviopuolison luokse edellisenä vuonna tai lähiaikoina. Yhdessä vastauksessa todettiin, että infopaketti lähetetään myös aina kieltäytyneille. Muutamissa vastauksissa kieltäytymisen syyksi mainittiin pelko siitä, että henkilö joutuu pois kotoa toimintakyvyn heikentymisen vuoksi. Kieltäytymisen syytä ei kysytty lainkaan 30 prosentissa vastanneista kunnista.

Kotikäyntien yhteydessä kerättyä tietoa hyödynnettiin 58 prosentissa kunnista (kuvio 17). Saatua tietoa käytettiin pääsääntöisesti vanhuspoliittisen strategian, talousarvion ja palvelujen suunnittelun ja kehittämisen tukena. Kotikäyntien pohjalta käynnistettiin kunnissa myös uusia palveluja kuten esimerkiksi kotikuntoutus, Ikäpiste, vanhusneuvola, palvelusetelikokeilu, vanhus-ten päivätoiminta, VoiTas-testit, kylätalkkari-toiminta, viriketoimintaa ja tuotettiin ikäihmisten palveluopas. Neljännes (26 %) vastaajista ei tiennyt hyödynnetäänkö kerättyä tietoa.

Kysymykseen vastanneet: 130



KUVIO 17. Onko ehkäisevien kotikäyntien yhteydessä kerättyä tietoa hyödynnetty kunnan ikäihmisten palvelujen kehittämisessä?

Muut hallinnonalat hyödynsivät ehkäisevistä kotikäynneistä kerättyä tietoa ainoastaan 21 prosentissa kunnista. Tietoja hyödynnettiin esteettömän asuinympäristön, kuljetuspalvelujen ja liikenneturvallisuuden kehittämisessä, liikunta- ja sivistystoimen kuten kirjasto- ja kansalaisopiston palvelujen suunnittelussa sekä terveydenhuollon ja kotisairaanhoidon palvelujen kehittämisessä. Vastaajista peräti 37 prosenttia ei tiennyt hyödynsivätkö muut hallinnonalat kerättyjä tietoja.

Noin kolmannes (30 %) ehkäiseviä kotikäyntejä tekevistä kunnista ilmoitti, että kotikäyntien vaikuttavuutta arvioitiin kunnassa. Lähemmin tarkasteltuna noin kolmannes niistä, jotka kertoivat arvioivansa vaikuttavuutta, oli kuitenkin vasta suunnittelemassa vaikuttavuuden arviointia. Osa kysymykseen vastanneista ilmoitti vaikuttavuutta arvioitavan ehkäisevien kotikäyntien vaikutuksina palvelutarpeeseen, palveluiden suunnitteluun, toiminnan kehittämiseen, terveyden edistämiseen ja kotona asumisen jatkumiseen. Osa arvioinneista tehdään esimerkiksi opinnäytetöinä. Välineinä käytetään mm. tilastoja ja asiakaspalautetta. Vaikuttavuutta ei arvioitu lainkaan 43 prosentissa vastanneista kunnista ja runsas neljännes (26 %) vastaajista ei osannut sanoa, tehdäänkö vaikuttavuusarviointia.

Kuntien edustajilta kysyttiin käsityksiä ehkäisevien kotikäyntien hyödyistä tai vaikuttavuudesta. Suurin osa vastaajista katsoi ehkäisevien kotikäyntien hyödyiksi ikäihmisten saaman tiedon palveluista ja oikea-aikaiset palvelut sekä kuntien saaman tiedon tulevasta palvelutarpeesta suunnittelun pohjaksi. Hyötyjä kuvattiin mm. seuraavasti.

Lisää kotona asumisen turvallisuutta - tietoisuus palveluista silloin, kun akuutti tarve tulee.

Jos aikaa olisi enemmän keskittyisin ehkäisevien kotikäyntien tekemiseen laajemmaltikin. Ihmiset saavat tiedon ja avun ajallaan, mikä parantaa selkeästi kotihoidon onnistumisen mahdollisuutta.

Asiakas hyötyy kunnan palveluista tiedottamisesta. Avun tarpeessa olevat ohjautuvat palveluiden piiriin. Vaikuttavuus näkyy apuvälinelainauksissa ja Kelan hakemusmäärissä.

Parantaa kansalaisten yhdenvertaisuutta, kun saavat tietoa eri etuuksista ja palveluista. Ikäihmisten palvelut liian pirstaleisia – eivät tiedä mistä mitään voi hakea. Esim. Kelan pitäisi seurata ikäihmisten lääkekuuja automaattisesti, jolloin korvaukset tulisivat ilman erillistä hakemista. Samoin maksukaton seuranta on hankalaa.

On saatu tarpeellista tietoa vanhuksista, jotka eivät ole kotipalvelun/kotisairaanhoidon piirissä. Saatu tietoa, mihin suuntaan kunnan vanhuspalveluja pitäisi kehittää.

Kotikäyntien hyödyiksi koettiin myös se, että kunta palveluineen tuli ikäihmisille tutuksi ja että käynnit loivat turvallisuuden tunnetta ikäihmisille. Lisäksi kotikäynneillä katsottiin olevan ennalta ehkäisevää merkitystä ja niiden avulla uskottiin voitavan myöhentää raskaampien palvelujen tarvetta.

Tuovat taloudellista säästöä kunnille, kun ehkäistään esim. liukastumisia suihkussa, liikälääkityksen sivuvaikutukset, ja parantavat ikääntyvien elämänlaatua.

Nyt kun olemme ottaneet tietyn kohderyhmän (turvapuhelinasiaakkaat) niin käsitykseni on, että ... asiakkaiden kokeman lisäksi voimme saavuttaa hyötyä ja vaikuttavuutta selvittämällä toimintakykyä jne. ja ohjaamalla asiakas oikeaan palveluun tai toimintaan ja myöskin tarpeen vaatiessa seurantaan. Näin voidaan myöhentää raskaampiin palveluihin siirtymistä.

Muita ehkäisevien kotikäyntien myönteisiä vaikutuksia olivat puutteellisten asuinolojen esille tulo ja kodin turvallisuuden parantaminen.

Kriittisiä kommenttejakin vaikutuksista tuli kuntien vastauksissa esille. Pienessä kunnassa kotikäyntejä saavien määrät ovat kovin pieniä eikä tietoja juurikaan sitä kautta tarvitse hyödyntää. Pienen kunnan (asukasluku enintään 5000 henkilöä) etuna on helppo palvelujen saatavuus eivätkä ehkäisevät kotikäynnit ole muuttaneet asiaa. Keskikokoisessa kaupungissa (asukasluku 10 000–20 000 henkilöä) käynnit todettiin työläiksi ja heikosti vaikuttaviksi vaikka asiakkaat olivatkin tyytyväisiä. Osalle asiakkaista käynnit olivat vaikuttavia ja osalle vain mukavaa vierailua.

...Suuri merkitys on sillä, mitä kukin henkilökohtaisesti tekee riskitekijöiden suhteen (tupakka, alkoholi, lihavuus, liikkuminen, sosiaalinen vuorovaikutus ja aktiivinen osallistuminen). Mikä on tämän toiminnan vaikutusta??? Hyötynä, näkee kotiolot ja voi antaa täsmäohjausta.

Toiminnan kehittämistarpeet ja -näkymät

Kuntien edustajilta tiedusteltiin ehkäisevien kotikäyntien kehittämissuunnitelmia omassa kunnassa. Suurin osa vastauksista käsitteli käyntien kohdentamista uudelle ikäryhmälle tai jollekin riskiryhmälle. Useissa vastauksissa todettiin toiminnan jo vakiintuneen tai se aiottiin käynnistää. Myös kuntien väliset yhteistyön suunnitelmat kotikäyntien osalta tulivat vastauksissa esille. Seudullisesti oli esimerkiksi yhtenäistetty kriteerejä ja toimintaperiaatteita tai lähikunnan

kanssa oli aikomuksena kehittää palveluohjausta ja ehkäisevien kotikäyntien sisältöä samoin kuin vaikuttavuuden arviointia. Suunnitelmissa näkyi myös kotikäyntien sisällön kehittäminen moniammatillisen yhteistyön näkökulmasta. Tavoitteena oli esimerkiksi kytkeä kotipalvelu ja kotisairaanhoido, fysioterapia, toimintaterapia sekä muistisairauksiin perehtynyt ammattilainen kotikäyntitoimintaan ikäihmisen kokonaisvaltaisen tilanteen arvioimiseksi. Myös yhteistyö muiden hallintokuntien kanssa oli suunnitelmissa. Lisäksi vastauksissa tuli esille toiminnan suunnitelmallisuuden, seurannan ja arvioinnin kehittäminen. Osa vastauksista ilmensi epätietoisuutta kotikäyntejä koskevista suunnitelmista tulevien kuntaliitosten vuoksi.

Uudella yhteistoiminta-alueella kootaan kaikki haastattelun tulokset yhteen ja aluetta pyritään kehittämään vastausten pohjalta.

Kotihoidon Rai käyttöön niin saadaan mitattavaa seuranta.

Toiminnan järjestelmällisyyttä lisätään ja aletaan kerätä tilastotietoa (tällaisia kyselyjä varten!).

Asia auki, odotetaan PARAS-hankkeen yhteydessä tehtäviä organisointeja.

Jonkin verran vastauksissa tuli esille kuntien suunnitelmat ehkäisevien kotikäyntien seurantakäyntien tai uusien palvelujen käynnistämisestä. Kartoituksen perusteella joissain kunnissa aiottiin perustaa kuntouttavia ryhmiä, antaa yksilöllistä ohjausta ja neuvontaa (esim. seniorineuvola), laatia alueellinen palveluopas sekä sen nettiversio, tarjota tietoa apuvälineistä ja hyvinvointiteknologiasta, etsiä ja välittää tukihenkilöitä sekä järjestää koulutusta tukihenkilöille ja ryhmänohjaajille. Yksittäisessä vastauksessa tuli esille myös ehkäisevien kotikäyntien liittäminen palveluohjauskeskukseen. Suuren kaupungin vastauksessa todettiin, että käynneistä mahdollisesti luovutaan, koska tutkittuun tietoon perustuva näyttö puuttuu ja henkilökunnan resurssit ovat niukat.

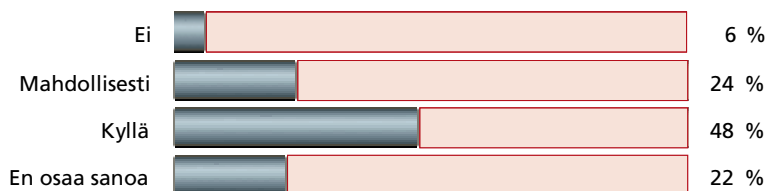
Ehkäisevien kotikäyntien kehittämistarpeista kysyttiin myös yleisemmin kuin pelkästään oman kunnan osalta. Näissä vastauksissa toistuivat osin samat teemat kuin edellisissä. Vastaajat painottivat voimakkaimmin resurssien riittävyyttä ja ohjauksen, neuvonnan, ehkäisevän toiminnan sekä ikäihmisen omien voimavarojen tukemista eli kaikkea sitä millä tuetaan kotona asumista. Keskeisenä kehittämistarpeena tulivat esille ehkäisevien kotikäyntien oikea kohdentaminen ja moniammatillinen toteuttaminen asiakkaan kokonaistilanteen hahmottamiseksi. Tulosten hyödyntäminen, seuranta, vaikuttavuuden arviointi ja helppojen analyysimenetelmien tarve tuotiin esille kehittämiskohteiksi samoin kuin kotikäyntien jatkoseuranta ja jatkuvuus ylipäätään.

Kehittämiskohteiksi nousi jonkin verran myös kirjaamiskäytännöt, asiakaslähtöisyys, käyntien kattavuuden nostaminen, henkilöstön harjaannuttaminen käyntien toteuttamiseen ja palveluohjaus sekä käyntien saaminen lakisääteisiksi. Muutamassa vastauksessa pohdittiin lisäksi kotikäynnin ja terveysseulonnan vaihtoehtoisuutta esim. seuraavasti.

...Tulevaisuuden ehkot voisivat olla jotain nykyisten raskaiden ja kalliiden ehko-käyntien ja tervetseulonkakäyntien väliltä? Kotiintehtyjä ehkoja ei ehdi tehdä työpäivän aikana kovinkaan montaa...

Yhteistoiminnan muiden kuntien kanssa arvioitiin selkeästi lisääntyvän lähes puolessa (48 %) kyselyyn vastanneista kunnista ja 24 prosentissa mahdollisesti lisääntyvän PARAS-hankkeen myötä (kuviot 18).

Kysymykseen vastanneet: 178



KUVIO 18. Onko kuntasi yhteistoiminta muiden kuntien kanssa lähivuosina lisääntymässä PARAS-hankkeen myötä?

Kyselyyn vastanneiden kuntien edustajat arvioivat yhteistoiminnan aiheuttamia todennäköisiä muutoksia ehkäiseville kotikäynneille. Suurin osa arvioi, että alueella luodaan yhteiset toimintatavat ja periaatteet kotikäynneille. Suuri osa vastaajista (22 %) ei kuitenkaan osannut arvioida yhteistoiminnan vaikutuksia kotikäynteihin millään tavalla, eikä varsinkaan niissä kunnissa, joissa yhteistoiminnan lisääntymistä arvioitiin varovaisemmin. Joissain vastauksissa tuli esille ehkäisevien kotikäyntien kohderyhmän ja seurantakäyntien ratkaiseminen, lisäresurssit, suunnitelmallisuus, vertaisoppiminen ja vaikutusten arviointi.

Kyselyyn vastanneet kunnat esittivät valtakunnallisen tuen tarpeiksi julkista tukea resurssointiin, valtakunnallista ohjeistusta ja koulutusta ehkäisevien kotikäyntien suorittamiseen.

Resurssimitoituksessa pitäisi ottaa huomioon, kotikäynnit matkoineen ovat aikaa vieviä (min. 1,5–2h/käynti), kaikki tahot kokevat että ne ovat ylimääräistä työtä, koska niiden tekijät ovat kotihoidon olemassa olevaa väkeä.

Opas, jonka pohjalta voisi rakentaa omaan kuntaan kotikäyntikertomuksen (keskeiset asiat, joista kerrotaan ja joita kysytään).

...yhteinen ohjeistus kunnille, ...ennaltaehkäisevistä kotikäynneistä on maailmalla risti-riitaisia tuloksia...

Uudistettua strukturoitua lomaketta, jokaisessa kunnassa samanlainen. Aineiston palauttaminen yhteenvedon jälkeen esim. Stakesille, jossa tehdään yhteenveto kyselyistä.

Suositus ehkäisevistä kotikäynneistä ja raportointivelvollisuus/seuranta. Koulutusta.

Koulutustapahtumia ja tilastotietoja muista kunnista keskeisistä käyntien tuloksista, havainnoista, hyödyistä ja asiakasmääristä.

Valtakunnalliset työkokoukset ja seminaarit.

Myös vaikuttavuuden arviointi nousi keskeisesti vastauksissa esille. Toivottiin tutkittua tietoa vaikuttavuudesta.

Ohjeistus ja koulutus. Vaikuttavuustutkimus. Mihin oikeasti kannattaa satsata. Mikä on vaikuttavinta: kuka, kenelle, miten?

Vastaajat toivat pääsääntöisesti esille, että ehkäisevät kotikäynnit tukevat kotona asumista ja kunnan vanhuspalvelujen suunnittelua. Samoin ne toimivat terveyden edistämiseksi, sairauksien ehkäisemiseksi ja toimintakyvyn ylläpitämiseksi. Ikäihmisten todettiin myös arvostavan käyntejä.

Kyselyssä tiedusteltiin ehkäiseviä kotikäyntejä koskevia kunnan julkaisuja, vuosikertomuksia, raportteja tms. Vastausten perusteella materiaalia oli vain vähän saatavilla. Vajaasta kymmenestä kunnasta oli raportteja tai yhteenvetoja kotikäynneistä joko www-osoitteessa tai paperiversiona.

7 YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Stakesissa kesällä 2008 kaikille kunnille tehdyn kyselyn tuloksena syntyi kuva, että ehkäiseviin palveluihin liittyvää toimintaa järjestetään ja kehitetään kunnissa aktiivisesti. Suurin osa kyselyyn vastanneista kunnista on laatinut ikääntymispoliittisen strategian, johon hyvin yleisesti sisältyy linjauksia myös hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi sekä niitä tukeviksi toimintamuodoiksi. Kyselyssä tiedusteltiin kahta konkreettista palvelua, ehkäiseviä kotikäyntejä ja neuvontakeskuspalveluja koskevista linjauksista. Ehkäiseviä kotikäyntejä koskevat linjaukset ovat yleisempiä. Tämä johtunee siitä, että ne ovat toimintamallina tunnetumpia ja niillä on pidempi historia kuin ikääntyneiden neuvontapalveluilla.

Vaikka kato jäi suhteellisen suureksi, saatiin kyselyn avulla hyvä kuva ehkäisevien kotikäyntien ja neuvontapalvelujen toteuttamismuodoista ja sisällöistä. Tavoitteena oli myös saada tietoa, miten näitä palveluja tulisi kehittää ja mitä tukea kunnat kaipaavat kehittämistyöhön. Tämä tieto on tarpeellista valtakunnallista ohjausta varten. Vastauksissa tuotiinkin runsaasti esiin näitä toiveita.

Neuvontakeskuspalveluja tarjottiin noin neljäsosassa kaikista kunnista ja useimmiten oli kyse pysyvästä toiminnasta. Kyselyssä kävi selvästi ilmi, että variaatio neuvontapalveluissa oli hyvin suuri. Ehkäisevien kotikäyntien tapaista selkeä määritelmää ei ole, ja kunnissa on kehitetty erilaisia malleja neuvonnan toteuttamiseksi. Tämä näkyi myös neuvontapalvelun nimissä; käytössä oli erilaisia seniori-, ikä- ja vanhus-alkuisia nimityksiä. Neuvontapalveluille oli asetettu neuvontaan, tiedottamiseen ja palveluohjaukseen liittyviä tavoitteita. Lisäksi usein mainittiin tavoite terveyden edistämisestä ja toimintakyvyn huononemisen ennaltaehkäisystä.

Useimmiten neuvontatoiminta oli organisoitu osaksi vanhuspalveluja joko omaksi palvelupistekseen tai osaksi laajempaa kokonaisuutta, esimerkiksi palvelukeskustoimintaa. Näytti siltä, että neuvontapalvelujen yhteydessä oli myös verkostoiduttu laajasti eri tahojen kanssa. Neuvontapalvelut kohdennettiin yleisimmin ikäperusteisesti, yleisimmin 65 vuotta täyttäneet olivat toiminnan kohderyhmä. Pelkästään riskiryhmille suunnattu toiminta oli huomattavasti harvinaisempaa. Asiakkaat hakeutuvat pääosin palvelun piiriin itse, mutta myös sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset toimivat varsin usein ohjaajana. Omaisilla on myös aktiivinen rooli neuvontapalvelun piiriin hakeutumisessa.

Neuvontakeskusten palveluvalikoimiin kuului hyvin monenlaista neuvontaa. Yleisimmin oli kyse palveluneuvonnasta, mutta myös terveyteen, muistiin, ravintoon, turvallisuuteen ja tapaturmiin, apuvälineisiin sekä sosiaalisiin ongelmiin liittyvää neuvontaa oli laajasti tarjolla. Palvelutarpeen arviointia toteutettiin yleisesti, ja toimintakyvyn eri ulottuvuuksia (fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja kognitiivinen) arvioitiin suurimmassa osassa neuvontapalveluja. Myös palveluohjaus kuului useimpien neuvontapalvelujen valikoimaan. Näiden lisäksi erilaiset informaatio- ja luentotilaisuudet olivat yleinen toimintamuoto. Yksilökohtaisesti suunnatun neuvonnan lisäksi järjestettiin jonkin verran myös ryhmätoimintaa.

Neuvontapalvelujen työntekijät olivat useimmin terveydenhuoltoalan koulutuksen saaneita. Neuvontapalvelu on monessa kunnassa hyvin pienimuotoista, suuri osa työntekijöistä työskenteli toiminnassa osa-aikaisesti. Suppeimmillaan neuvontapalvelu olikin esimerkiksi terveydenhoitajan antamaa neuvontaa pari tuntia viikossa. Kyselyn perustella vaikuttaa, että toiminnan seuranta ja arviointi oli verrattain vähäistä. Asiakasmääristä kerättiin useimmiten tietoa ja suhteellisen yleisesti tietoa myös hyödynnettiin jossakin muodossa kunnan palvelujen kehittämisessä.

Neuvontatoiminta on voimakkaasti kehittyvä toimintamuoto. Useilla kunnilla oli suunnitelmassa joko toiminnan käynnistäminen, laajentaminen tai sisältöjen kehittäminen. Toiseenkin

suuntaan oltiin menossa, projektirahoin rahoitetulla toiminnalla saattoi olla edessä supistaminen projektiresurssien loputtua. Pienet kunnat toivat usein esiin ajatuksen siitä, ettei pienessä kunnassa ole järkevää ylläpitää erillistä palvelua, sillä neuvonta hoituu muiden toimintojen ohessa ja tuttuus lisää mahdollisuutta toteuttaa neuvontaa joustavasti. Monen pienen kunnan tilanne on kuitenkin ratkaisevasti muuttumassa, mikä tuli selvästi esiin kunta- ja palvelurakennemuutoksesta koskevan kysymyksen yhteydessä. Melkein kaikkien vastaajien kunnassa oli vireillä muutoksia, jotka osalla vaikuttivat myös neuvontapalvelujen tulevaisuuteen. Uusien rakenteiden myötä neuvontapalvelu saattoi olla muuttumassa seudulliseksi.

Kehittämisideoita oli paljon ja suunnitelmissa oli neuvontatoiminnan eri osa-alueiden kehittämistä. Tärkeänä pidettiin ehkäisevää näkökulmaa ja varhaisen tuen periaatetta. Valtakunnalliselle tuelle näyttää kyselyn perusteella olevan paljon kysyntää. Toivottiin selviä ohjeita siitä, miten neuvontapalvelut tulisi järjestää. Lisäksi suuri kysyntä oli täsmäkoulutuksella, joka liittyi konkreettisesti neuvontatoiminnan järjestämiseen. Vertaistuen merkitys korostui, ja monissa vastauksissa toivottiin hyvien käytäntöjen levittämistä. Tämän lisäksi vaikuttavuuden tutkimisen todettiin olevan toivottava asia. Myös taloudellisia resursseja kaivattiin. Toimintaedellytyksiä toivottiin myös lainsäädännön puolelta; osa vastaajista nosti esille erillisen vanhuspalvelulain tarpeen.

Ehkäisevät kotikäynnit olivat neuvontatoimintaa vakiintuneempi ja laajemmin käytössä oleva toimintamuoto. Yli puolet vastanneista kunnista järjestää niitä ja suurimmalla osalla kyse on pysyväisluonteisesta toiminnasta. Ehkäisevät kotikäynnit ovat useimmiten organisoituneet osaksi yhdistettyä kotihoitoa. Neuvontapalvelujen ja ehkäisevien kotikäyntien tavoitteet olivat hyvin samankaltaisia: tavoitteeksi ilmoitettiin yleisimmin palveluja koskeva tiedottaminen ja neuvonta. Ehkäisevissä kotikäynneissä tärkeäksi tavoitteeksi nousi lisäksi toimintakyvyn, terveydentilan ja palvelutarpeen arviointi. Tärkeää oli myös ennakointi, terveyden edistäminen ja ikääntyneen omien voimavarojen tukeminen.

Valtaosa vastaajista kohdensi kotikäynnit iän perusteella. Useimmiten kyse oli 80 vuotta täyttäneistä, mutta myös 75 vuotta oli varsin yleinen ikäraja. Riskiryhmille kohdentaminen mainittiin vain harvoin. Ikärajan perusteena olivat havainnot palvelutarpeen lisääntymisestä tietyssä iässä sekä resurssitekijät. Joissakin vastauksissa todettiin, että vähäisten resurssien takia ei ikärajaa voida asettaa kovin alhaalle. Suurin osa kunnista toteutti käynnit kertakäyntinä. Osalla tähän kuului uusintakäynti tai yhteydenotto tarvittaessa, mutta automaattisesti seurantakäynti tehtiin vain joissakin kunnissa. Yhteydenotto tapahtui pääosin kirjeillä ja puhelimitse. Useimmin käyntejä tekivät sairaanhoitajat, terveydenhoitajat ja kotihoidon ohjaajat. Käyntien tekijöiden tueksi oli yleisesti järjestetty konsultointimahdollisuuksia sekä koulutusta.

Käynneillä käsiteltiin hyvin paljon eri aihepiirejä. Mukana olivat lähes aina päivittäisestä toiminnasta ja kotiaskareista selviytymiseen liittyvät kysymykset sekä esteettömyyden ja apuvälineiden tarpeen kysymykset. Myös muut aiheet kuuluivat lähes poikkeuksetta asiaan: mm. terveydentila, palvelujen tarve, sosiaaliset kontaktit sekä liikunta ja ravitsemus olivat lähes aina puheenaiheena. Lähes kaikilla kunnilla oli käytössään lomake, joko itse tehty tai sovellettu tai valmis Kuntaliiton lomake. Lisäksi käytössä oli erilaisia toimintakyvyn arviointimittareita. Käyntien tuloksena ikääntyneitä ohjattiin useimmiten apuvälinepalveluiden, kotihoidon tai tukipalvelujen piiriin. Myös lääkärin vastaanotolle ohjattiin varsin yleisesti.

Käynnit kattoivat yleensä varsin suuren osuuden kohderyhmästä; tosin kattavuus vaihteli 50:n ja 90:n prosentin välillä. Käynneistä myös kieltäydyttiin. Useimmiten syynä oli se, ettei ikääntynyt kokenut tarvitsevansa käyntejä hyväkuntoisuutensa tai jo saadun tuen takia. Kotikäynneillä saatua tietoa hyödynnettiin kunnissa varsin yleisesti, mutta pääosin sosiaali- ja terveyssektorilla. Myös vaikuttavuuden arviointia tehtiin jonkin verran. Kyselyssä vastaajat arvioivat ehkäisevien kotikäyntien hyödyksi ikäihmisten saaman tiedon palveluista sekä mahdollisuuden järjestää

oikea-aikaisia palveluja niitä tarvitseville. Lisäksi saatiin tärkeää tietoa palvelutarpeesta palvelujen suunnittelun pohjaksi. Kotikäyntien hyödyksi katsottiin myös se, että käyntien myötä kunta palveluineen tuli tutuksi ikääntyneille. Samalla myös turvallisuuden tunteen uskottiin lisääntyvän. Käyntien avulla uskottiin voitavan myöhentää raskaampien palvelujen tarvetta.

Kehittämisaatuksiakin oli; useimmiten suunniteltiin käyntien kohdentamista uudelle ikäryhmälle tai jollekin riskiryhmälle. Seudullinen yhteistyö ja muutokset PARAS-hankkeen myötä näkyivät myös tässä; kuntien välinen yhteistyö oli lisääntynyt ja esimerkiksi ehkäisevien kotikäyntien kriteereitä pohdittiin seudullisesti. Myös käyntien moniammatillista toteuttamista haluttiin kehittää. Kuten neuvontapalveluissa, valtakunnallista tukea toivottiin ohjeistuksen, koulutuksen ja resurssoinnin muodossa.

Ehkäisevän toiminnan tulevaisuus

Kyselyn vastausten perusteella näyttää siltä, että ehkäisevän toiminnan merkitys on ymmärretty ja tämän kyselyn aiheena olleita ehkäiseviä kotikäyntejä ja neuvontapalveluita järjestetään ja kehitetään aktiivisesti. Toiminta on parhaimmillaan varsin monipuolista. Tutkimusnäytöt ehkäisevien kotikäyntien seurannan tärkeydestä nostavat kuitenkin esille näkökulman, jonka pohjalta nykyisiä kertakäyntipainotteisia käytäntöjä tulisi vielä tarkastella uudelleen. Myös sukupuolinäkökulma on tärkeä; mm. tanskalaisten tutkimusten perusteella näyttää, että naiset hyötyivät sikäläisen mallin perusteella tehdyistä ehkäisevistä kotikäynneistä miehiä enemmän.

Tärkeä kysymys ehkäisevässä toiminnassa on ja tulee olemaan lähivuosina sen kohdentaminen. Tämänhetkinen tutkimustieto ei anna selvää viestiä kohdentamisen suunnittelua ajatellen. Käytännössä ehkäisevät kotikäynnit ja neuvontakeskuspalvelut kohdennetaan pääosin ikäperusteisesti. Laaja kohdentaminen kuuluu ehkäisevän toiminnan peruslähtökohtiin, mutta toisaalta käytettävissä olevien resurssien niukkuus pakottaa pohtimaan toiminnan suuntaamista. Kysymys liittyy myös palvelutarpeen arvioinnin järjestämiseen sekä sen ja ehkäisevän toiminnan suhteesta. Jos tieto palvelutarpeen arvioinnin mahdollisuudesta saadaan tehokkaasti kansalaisille, osa mahdollisesta ehkäisevän toiminnan kohderyhmästä tulee tavoitettua palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä. Ennalta ehkäisevät kotikäynnit voidaan silloin tehdä tarkemmin kohdentaen. Ehkäisevän toiminnan kärki suuntautuu kuitenkin varhaisempaan vaiheeseen kuin palvelutarpeen arviointi.

Tällä hetkellä neuvontakeskustoiminnassa ja ehkäisevien kotikäyntien tekijöinä työskentelevistä henkilöistä valtaosalla on terveydenhuollon **koulutus**. Ehkäisevän toiminnan laaja-alaisuus asettaa suuria haasteita henkilöstölle. Kokemusten mukaan henkilöstön koulutustausta ohjaa paljon ehkäisevän toiminnan sisältöjä. Yksilötasolla tämä liittyy perus- ja täydennyskoulutukseen, jonka tulisi olla mahdollisimman laaja-alaista ja hyvinvoinnin eri osa-alueet kattavaa. Sekä sosiaaliseen että terveydelliseen hyvinvointiin liittyvä koulutus on tässä avainasemassa. Myös neuvonnan ja viestinnän osaaminen on tärkeää. Kysymys liittyy myös palvelun organisointiin. On tärkeää organisoida työryhmät tai palveluyksiköt siten, että niissä on riittävän laaja-alaisesti osaamista ehkäisevän toiminnan vaikuttavuuden ja kokonaisvaltaisuuden turvaamiseksi.

Näyttöä on olemassa varsin runsaasti erityisesti terveyden edistämisen ja terveyden riskitekijöihin kohdistuvan toiminnan vaikuttavuudesta. Hyvinvoinnin edistämiseen ja riskien ehkäisemiseen tähtäävän toiminnan vaikuttavuutta on vaikeampi arvioida, mutta viitteitä hyvistä ja vaikuttavista käytännöistä on olemassa. Sosiaalisten verkostojen toimivuus ja niiden vahvistaminen ovat tässä perusasioita. Hoivan ja avun kannalta perhe ja lähisuku ovat keskeisiä, mutta perheiden pienentyessä vertaisverkostojen ja epävirallisen avun verkostojen merkitys kasvaa. Näyttää siltä, että ehkäisevä toiminta on jonkin verran irrallista ja tapahtuu projektimuotoisesti. On tärkeää toisaalta tarkastella i) ehkäisevää työtä osana kaikkea toimintaa ja toisaalta sitä,

ii) miten ehkäisevät palvelut tulisi organisoida kunnissa ja erilaisilla yhteistoiminta-alueilla. Kysymys on siitä, voidaanko **ehkäisevä toiminta** saada sellaiseksi osaksi organisaatiota, että sitä johdetaan ja kehitetään **omana kokonaisuutenaan**. Kokonaisuutena tarkastelu auttaisi selkiyttämään kysymystä ehkäisevän toiminnan kohdentamisesta ja resurssoinnista. Resursseihin liittyy myös **kysymys kotikäynnin merkityksestä**. Kotikäynnit vaativat varsin paljon resursseja verrattuna vastaanotoilla ja palvelupisteissä tapahtuvaan kartoitukseen ja neuvontaan. Kodilla ympäristönä on kuitenkin selvästikin suuri merkitys, joka kiinnittyy siihen, että kokonaisvaltaisen kuvan saaminen elämäntilanteesta on helpointa ikääntyneen omassa arkisessa elinympäristönsään. Tällöin esimerkiksi konkreettisia esteettömyyden kysymyksiä voidaan havainnoida paikan päällä. Myös omien tarpeiden ilmaisu ja avoin keskustelu voi olla helpompaa ikääntyneelle, joka on ”omalla maaperällä”. Esille tulevat asiat liittyvät usein varsin moneen elämän eri alueeseen ja kertyvä tieto on arvokasta esim. asuinympäristön suunnittelun kannalta. Kyselyn perusteella kävi kuitenkin ilmi, että kertynyttä tietoa käytetään varsin vähän hyväksi kuntien muilla kuin sosiaali- ja terveystoimen sektorilla.

Panostus ehkäisevän toiminnan palveluihin vaatii taloudellista voimavaroja. Erityisesti laskusuhdanteen aikana ehkäisevään toimintaan panostamisessa vaaditaan suurta uskallusta ja luottamusta siihen, että toiminnan hyödyt tulevat näkyviin jossakin vaiheessa. Mikäli toiminnalla pystytään vähentämään tai lykkäämään raskaampien palvelujen tarvetta ja tukemaan näin ikääntyneen omaa suoriutumista, pidemmällä aikavälillä tämä näkyy myös palvelujen käytön vähenemisenä ja kustannusten hallittavuutena.

Ehkäiseviin palveluihin kytkeytyy usein käytännössä **palveluohjaus**. Palveluohjaus liittyy tilanteisiin, jossa palvelutarvetta on jo olemassa. Sen paikka palvelurakenteessa on vasta muotoutumassa. Ajatuksellisesti palveluohjauksessa on kyse jo ns. tertiääritason preventioon rinnastettavasta toiminnasta. Se voidaan tästä näkökulmasta katsoa perustelluksi osaksi ehkäisevien palvelujen kokonaisuutta. Kevyempääkin informaatiota ja neuvontaa tarvitaan; ehkäisevissä palveluissa ei ole järkevää suunnata kaikille kaikkea, vaan pyrkiä tarjoamaan eritasoisia palveluja eri ryhmille. Myös ryhmien hyödyntämisestä ehkäisevässä toiminnassa on lupaavia käytäntöjä olemassa, ja siihen voitaisiin panostaa nykyistä huomattavasti enemmän. Tämä on myös koulutuksellinen haaste.

Ehkäisevän toiminnan yhteydessä tulee usein esille kysymys, tavoitetaanko sen avulla kaikki ne henkilöt, jotka siitä hyötyisivät. Esimerkiksi ehkäisevistä kotikäynneistä kieltäytyneiden joukossa on todennäköisesti osa sellaisia, jotka ovat palvelujen ulkopuolella, mutta olisivat monenlaisen avun tarpeessa. Hyvinvointia ja terveyttä edistävän ja ehkäisevän toiminnan luonteeseen kuuluu, että ikääntyneillä on motivaatiota oman terveyden ja hyvinvoinnin tarkasteluun. Ketään ei voida pakottaa esimerkiksi ottamaan ehkäisevää kotikäyntiä vastaan. Pohdittavaksi jää etsivän toiminnan järjestäminen. Siinä keskeistä on löytää keinoja, jolla myös huono-osaisia ikääntyneitä voidaan tavoittaa.

Kirjallisuus

- Absetz, P. & Valve, R. & Oldenburg, B. & Heinonen, H. & Talja, M. & Fogelholm, M. et al. (2007). Type 2 diabetes prevention in "the real world". One-year results of the GOAL implementation trial. *Diabetes Care*.
- Ammerman, A. S & Lindquist, C. H. & Lohr K. N. & Hersey, J. (2002). The efficacy of behavioral interventions to modify dietary fat and fruit vegetable intake. A review of the evidence. *Preventive Medicine: An International Journal Devoted to Practice and Theory*, 35 (1) 25–41.
- Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful ageing: The model with selective optimization and compensation. In: P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.). *Successful Ageing: Perspectives from Behavioral Sciences*, pp. 1–34. Cambridge University Press, New York.
- Brunner, E. & Thorogood, M. & Rees, K. & Hewitt, G. (2005). Dietary advice for reducing cardiovascular risk (Cochrane review): John Wiley & Sons, Ltd Chichester, UK.
- Dalby, D. M. & Sellors, J. W. & Fraser, F. D. & Fraser, C. & van Ineveld, C. & Howard, M. (2000). Effect of preventive home visits by a nurse on the outcomes of frail elderly people in the community. A randomized controlled trial. *CMAJ* 162(4), 497–500.
- Elkan, R. & Kendrick, D. (2004). What is the effectiveness of home visiting or home-based support for older people? Copenhagen, WHO Regional <office for Europe (Health Evidence Network report; <http://www.euro.who.int/Document/e83105.pdf>), > Luettu 7.3.2008.
- Elkan, R. & Kendrick, D. & Dewey, M. & Hewitt, M. & Robinson, J. & Blair, M. & Williams, D. & Brummel, K. (2001). Effectiveness of home based support for older people. Systematic review and meta-analysis. *BMJ* 323.
- Ennalta ehkäisevät kotikäynnit vuonna (2007). Pori. Moniste.
- Gattan, M. & White, M. & Bond, J. & Learmouth, A. (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people. A systematic review of health promotion interventions. *Ageing & Society* 23/2005, 41–67.
- Godfrey, M. (2001). Prevention: developing a framework for conceptualizing and evaluating outcomes of preventive services for older people. *Health and Social care in the Community* 9(2), 89–99.
- Heinola, R. & Voutilainen, P. & Vaarama, M. (2003). Apua ja iloa pienellä vaivalla. Ehkäisevät kotikäynnit viidessä kunnassa. Aiheita 9/2003. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Helsinki: Stakes.
- Holma, T. & Viipola, A. (2007). Selvitys vanhusten ehkäisevien kotikäyntien toteutuksesta kunnissa. Tiedote. Suomen Kuntaliitto.
- Huss, A. & Stuck, A. E. & Rubenstein, L. Z. & Egger, M. & Clough-Gorr, K. M. (2008). Multidimensional Preventive Home Visit Programs for Community-Dwelling Older Adults: A Systemic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trails. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18375879>
- Häkkinen, H. & Holma, T. (2004). Ehkäisevä kotikäynti – tuki vanhuksen kotona selviytymiselle. Valtakunnallisen kehittämishankkeen tulokset ja kokemukset. Suomen Kuntaliitto 2004.
- Hänninen, K. (2008). Palveluohjauskäytäntöjen arviointia ja haasteita. *FinSoc* 1/2008. Helsinki: Stakes.
- Hänninen, K. (2007). Palveluohjaus. Asiakaslähtöistä täsmäpalvelua vauvasta vaariin. Raportteja 20. Helsinki: Stakes.
- Hyypä, M. T. & Mäki, J. & Impivaara, O. & Aromaa, A. (2005). Leisure participation predicts survival: A population-based study in Finland. *Health Promotion International*.
- Ikääntyneiden, vammaisten, sosiaalisen luototuksen ja lasten päivähoiton tilastokysely kuntiin vuonna 2007. Tilastotiedote, Stakes 2008. Helsinki.
- Iäkkäiden kuntoutusneuvola (2008). Keynet – iäkkäiden kuntoutuksen portaali. Kuntoutuksen edistämisyhdistys ry. <http://demo.keynet.fi/Tuotteet/Kuntoutusneuvola/default.aspx>. Luettu 6.12.2008.
- Jokinen, P. (2006). Raportti Kiimingissä, Kempeleellä, Oulunsalossa ja Oulussa tehtyjen hyvinvointia edistävien kotikäyntien aikana kootusta haastatteluaineistosta. Moniste.
- Kahn, E. B. & Ramsey, L. T. & Brownson, R. C. & Heath, G. W. & Howze, E. H. & Powell, K. E. et.al. (2002). The effectiveness of interventions to increase physical activity. A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine* 22(4 suppl), 73–107.
- Kiiskinen, U. & Vehko, T. & Matikainen, K. & Natunen, S. & Aromaa, A. (2008) Terveiden edistämisen mahdollisuudet. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:1.
- Kilroy, A. & Garner, C. & Parkinson, C. & Kagan, C. & Senior, P. (2007). Towards transformation: exploring the impact of culture, creativity and the arts on health and well being. *Arts for Health: Manchester Metropolitan University*.
- Kolt, G. S. & Schofield, G. M. & Kerse, N. & Garret, N. & Oliver, M. (2007). Effect of telephone counselling on physical activity for low-active older people in primary care: A randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society* 55(7), 986–992.
- Liikanen, H.-L. (2008). Kulttuurin terveys- ja hyvinvointivaikutukset. Socca. Julkaisematon käsikirjoitus.
- Liikanen, H.-L. (2003). Taide kohtaa elämän – Arts in hospital -hanke ja kulttuuritoiminta itäsuomalaisen hoitoyksiköiden arjessa ja juhlassa. Helsinki: Otavan kirjapaino.
- Litwin, H. & Shiovitz-Ezra, S. (2006). The association between activity and wellbeing in later life; what really matters? *Ageing & Society* 26/2006, 225–242.
- Lundahl, R. & Hakonen, S. & Suomi, A. (2007). Taide ja kulttuuri – innovaatioita seniori- ja vanhus-

- työhön. Teoksessa Seppänen & Karisto & Kröger (toim.) Vanhuus ja sosiaalityö. Jyväskylä: PS-kustannus. 253–270.
- Markle-Reid, M. & Browne, G. & Weir, R. & Gafni, A. & Roberts, J. & Henderson, S. R. (2006). The effectiveness and efficiency of home-based nursing health promotion for older people: A review of the literature. *Medical Care Research and Review* 63(5), 531–569.
- Markle-Reid, M. (2002). Frail elderly home care clients: the effects and expense of adding nursing health promotion and preventive care to personal supportive services. Unpublished Doctoral Dissertation. McMaster University. Hamilton. Ontario. Kanada.
- Matilainen, I. (2008). Voimavaraistava ohjaus ikäihmisen terveyden ja toimintakyvyn edistäjänä. *Terveydenhoitaja* 4–5.
- Morgan, O. (2005). Approaches to increase physical activity: reviewing the evidence for exercise-referral schemes. *Public Health*, 119(5) 361–370.
- Nicolaides-Bouman, A. & van Rossum, E. & Habets, H. & Kempen, G. I. J. M. & Knipschild. (2006). Home visiting programme for older people with health problems: process evaluation. *Journal of Advanced Nursing* 58(5), 425–435.
- Palomäki, S.-L. (2006). ”Son kaikki kotia päin”. Ikäkeskus-hanketta arvioiva loppuraportti. Seinäjoen kaupunki.
- Pigone, M. P. & Ammerman, A. & Fernandez, L. & Orleans, C. T. & Pender, N. & Woolf, S. et. al. (2003). Counselling to Promote a Healthy Diet in Adults; A summary of the Evidence for the U.S. Preventive services Task Force. *American Journal of Preventive Medicine* 24(1)75–92.
- Pitkälä, K. & Strandberg, T. (2003). Missä vanhus-tenhoidossa on näyttöä? Missä sudenkuopat? *Suomen lääkäreilehti* 1/2003, 58.
- Pitkälä, K. & Routasalo, P. & Kautiainen, H. & Savikko, N. & Tilvis, R. (2005). Psykososiaalisen ryhmäkuntoutuksen vaikuttavuus. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishankkeen tutkimusraportti 11. Vanhustyön keskusliitto.
- Ploeg, J. & Feighter, J. & Hutchinson, B. & Patterson, C. & Sigouin, C. & Gauld, M. (2005). Effectiveness of preventive primary care outreach interventions aimed at older people. Meta-analysis of randomized controlled trials. *Canadian Family Physician* 51, 1244–1245.
- Poulsen, T. & Elkjaer, E. & Vass, M. et al. (2007). Promoting physical activity in older adults by education of home visitors. *Eur J Ageing* 4, 115–124.
- Runciman, P. & Watson, H. & McIntosh, J. & Tolson, D. (2006). Community nurses’ health promotion work with older people. *Journal of Advanced Nursing* 55(1), 46–57.
- Sahlen, K.-G. & Dahlgren, L. & Hellner, B. M. & Stenlund, H. & Lindholm, L. (2006). Preventive home visits postpone mortality – a controlled trial with time-limited results. *BMC Public Health* 6, 220–229. Saatavilla www.muodossa.com/147-2458/6/220 Luettu 13.2.2008.
- Salmela, S. & Matilainen, I. (2007). Neuvontakeskus-telu. Teoksessa Lyyra, T.-M. & Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. (toim.) Vanheneminen ja terveys. Hoitotieto. Helsinki: Edita.
- Savikko, N. (2008). Loneliness of Older People and Elements of an Intervention for its Alleviation. *Annales Universitatis Turkuensis D* 808.
- Stuck, E. & Egger, M. & Hammer, A. & Minder, C. E. & Beck, J. C. (2002). Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people. Systematic review and meta-regression analysis. *Journal of American Medical Association* 287 (8)1022–1028.
- Toljamo, M. & Haverinen, R. & Finne-Soveri, H. & Malmivaara, A. & Sintonen, H. & Voutilainen, P. & Mäkelä M. (2005). Ehkäisevien kotikäyntien vaikutukset iäkkäiden toimintakykyyn: Systemaattisiin kirjallisuuskatsauksiin perustuva menetelmäarvio. FinSoc, Ikääntyminen ja palvelut-ryhmä, CHESS, FinOHTA. Helsinki: Stakes.
- Varis, M. (2007). Helsingin ehkäisevien kotikäyntien kokeilu Helsingin sosiaalivirastossa ja terveyskeskuksessa vuonna 2006. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Selvityksiä 2007:10.
- Vass, M. & Avlund, K. & Hendriksen, C. (2007). Randomized intervention trial on preventive home visits to older people: Baseline and follow-up characteristics of participants and non-participants. *Scandinavian Journal of Public Health* 35(4), 410–417.
- Vass, M. & Avlund, K. & Hendriksen, C. & Holmberg, R. & Nielsen, H. F. (2006). Older people and preventive home visits. *AgeForum*.
- Vass, M. & Avlund, K. & Lauridsen, J. & Hendriksen, C. (2005). Feasible model for prevention of functional decline in older people: Municipality-Randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society* 53(4), 563–568.
- Vass, M. & Avlund, K. & Kvist, K. & Hendriksen, C. & Andersen, C. K. & Keiding, N. (2004). Structured home visits to older people. Are they only of benefit for women? A randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 22, 106–111.
- Viippola, A. (2007). Ehkäisevä kotikäynti tukemassa ikäihmisen kotona asumista – selvitys ehkäisevien kotikäyntien nykytilanteesta Suomessa. Opinnäytetyö. Terveyden edistämisen koulutusohjelma. Stadia. Helsingin ammattikorkeakoulu.
- WHO 2003. Adherence to long term therapies. Evidence for action. (Suomeksi: Pitkäaikaishoitoihin sitoutuminen. Näyttöä toiminnan tueksi. Lääketietokeskus 2004.)
- Willberg, E. (2008). Ikäpiste – neuvontapalvelu ikäihmisille. Alustus Ikäneuvo-työryhmässä 30.9.2008.